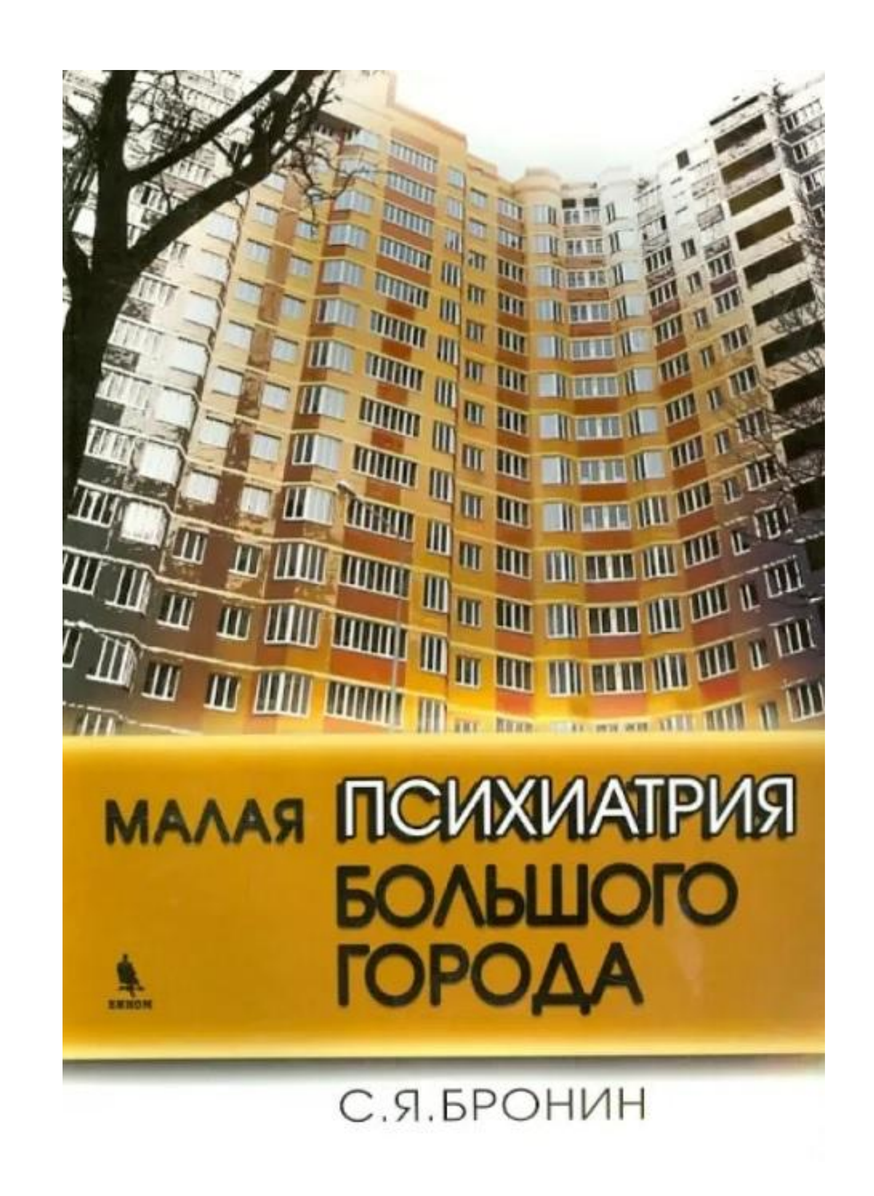
Самуил Яковлевич Бронин
Малая психиатрия большого города
(пособие для начинающего психиатра)



Издательство «Закат», 1998 г.

Переиздание:
Бронин С.Я. Малая психиатрия большого города. – М.: Издательство БИНОМ, 2013. – 312 с.: ил.

Самуил Яковлевич Бронин
Малая психиатрия большого города

пособие для начинающего психиатра

Вступление

Это обследование было проведено более двадцати пяти лет назад. По причинам, от меня не зависевшим, диссертация, ради которой оно было предпринято, защищена не была и результаты ее не были опубликованы. Что ни делается, все, говорят, к лучшему. О том, чтобы разгласить в то время сведения о распространенности в населении психической патологии, нельзя было и помыслить – на все материалы наложили бы гриф секретности, от которого я не избавился бы и поныне, а я к тому же избежал сомнительной чести работать в институте, где (тогда, во всяком случае) не было ничего хорошего, и стал работать в практическом здравоохранении: в последние 25 лет – врачом и заведующим отделением в 67-й московской больнице, моей второй матери и заступнице.

Первое и в течение длительного времени единственное подтверждение необходимости предпринятого исследования исходило от самих обследуемых. Преобладающее большинство их были на удивление откровенны в беседах с врачом и в один голос говорили, что психиатрический интерес к людям вообще и к ним в частности вполне уместен и своевременен, поскольку «сейчас все нервные» и давно пора изучить это явление. Я предполагал вначале освидетельствовать две тысячи лиц, но по миновании третьей сотни понял, что такой труд непосилен не только для исполнителя, но и для тех, кто будет знакомиться с его результатами. Ниже следуют более 200 историй болезней, или жизнеописаний лиц, более или менее «примечательных в психиатрическом отношении» (есть такой термин в литературе подобного рода) – все они взяты из случайной выборки в 415 человек, включающей грудных младенцев. Я жалею все-таки, что не осмотрел все первоначально намеченные две тысячи, но это уже от излишнего любопытства и исследовательской жадности. В действительности же скоро выяснилось, что моя работа может носить лишь самый общий, предварительный и поисковый, характер: как ищущее пути для таких же, но поставленных на широкую ногу обследований, а для такой цели четырех сотен случайной выборки вполне достаточно.

Тогда было легче работать на этой стезе (во всяком случае, в условиях большого города). Меня беспрепятственно впускали едва ли не во всякий дом в любую квартиру. Вначале я брал в сопровождающие «представителей общественности», но затем понял, что это лишнее: москвичи были тогда много беспечнее нынешних. В те годы было, кроме того, много коммунальных квартир и на меня буквально вываливались груды свежих новостей и самых ветхих архивных справок о психическом здоровье и состоянии соседей – данные эти оказывались мне как нельзя более кстати. Теперь коммунальных квартир мало и с ними ушли и столь ценные для таких работ, порой незаменимые источник психиатрической информации. Есть еще одно, и немаловажное, достоинство в том, что результаты исследования вылежали без малого тридцать лет до своего опубликования. Описанные ниже люди, надеюсь (и одновременно по-прежнему боюсь этого), узнаваемы. Через 30 лет острота таких психиатрических «разоблачений» должна неминуемо сгладиться или свестись к минимуму: существует своего рода срок давности для сведений, составляющих медицинскую тайну. Многих из тех, кто значится в моей картотеке, уже нет, другие, наверно, сами забыли, какими были прежде.

Наконец через 30 лет появилась эта столь странная в России (как, впрочем, и во всех иных местах земного шара тоже) возможность напечататься – грех было ею не воспользоваться. Эта книга явилась, стало быть, результатом почти астрономического

совпадения и взаимоналожения самых разных по своей природе сроков и обстоятельств – тоже, впрочем, как всякое другое событие в нашем довольно-таки случайном мире.

Я не сразу решил, какую форму выбрать для представления собранных мной данных, и, возможно, колебания эти будут сказываться на ходе изложения. Вообще говоря – это научная работа, но наука, как известно, – дело общечеловеческое, и ученым не следует слишком отгораживаться от всех прочих и узурпировать свое поле деятельности в качестве единоличного владения: надо дать возможность порыться в нем и другим тоже. Нет ничего приятнее для человека, чем заниматься не своим делом: это расширяет его кругозор и наполняет новыми впечатлениями. Рассуждая именно таким образом, я попытался представить эту работу так, чтобы она была в той или иной мере доступна всякому. Дело того стоит: психиатрия нужна каждому – особенно в тех ее разделах, которым эта книга посвящена в первую очередь: «пограничная», повседневная, почти житейская. В любой науке есть, конечно, своя терминология, но и это в какой-то мере преодолимо: в конце книги дан небольшой и, надеюсь, понятный словарь многих употребленных здесь специальных терминов. Всего профан не поймет, но всего в тексте не постигает никто – даже его создатель. Неподготовленный читатель может пропустить первые главы книги и перейти непосредственно к жизнеописаниям – к тому, что может заинтересовать его в первую очередь. Психиатрия может стать частью общего знания и как таковая войти в круг широкого образования – больше того, ей давно пора занять в нем достойное ее место.

Цитируемая литература, как и во всякой другой научной работе, приведена в конце книги. Ссылки даются по фамилии авторов – в случае, когда в библиографии несколько работ одного ученого, прибавлены цифровые обозначения. Вообще здесь есть все, что необходимо для диссертации – кроме возможности ее защиты в будущем. Тут я не строю себе никаких иллюзий: знаю, что мне так и не суждено получить ученой степени (а родители мои так хотели этого).

Приношу благодарность моим друзьям-психиатрам, в разное время читавшим рукопись и помогавшим мне советом и участием: Алисе Владимировне Андрющенко, Валерии Михайловне Радиной, Семену Ефимовичу Ферстману, Сергею Сергеевичу Крылову. Последних двоих уже нет, и пусть эта запоздавшая в пути благодарность поддержит дух и послужит слабым утешением оплакивающим их родственникам.

Обзор имеющейся литературы

1. Общая постановка вопроса и результаты прежних исследований

Систематические психиатрические обследования населения начались в двадцатом веке. Психиатрия предыдущих столетий была преимущественно больничной – выйти из стен больниц ее побудили разные специальные причины практического и теоретического свойства, но более того – самый общий интерес к тому, какое место занимает психическая патология в жизни человечества: конечный и истинный мотив человеческой деятельности часто не декларируется и не осознается ее исполнителями, но тем вернее движет их умами, чувствами и поступками.

Имелся, как было уже сказано, и непосредственный, «практический» смысл в такого рода исследованиях. Возрастание благосостояния общества (или отдельных его членов) привело к тому, что к психиатрам стали обращаться и искать у них поддержки не только явно больные люди и их родственники, но и те, кто продолжал жить, так сказать, в миру и даже занимал в нем видное положение, но страдал той или иной формой «малой» душевной патологии. Этой новой потребности должна была соответствовать и иная, внебольничная, организация психиатрической помощи: за рубежом – кабинеты психотерапевтов и психоаналитиков, у нас – психоневрологические диспансеры. Прямые осмотры населения стали, в связи с этим, своего рода разведкой боем, рекогносцировкой на незнакомой местности. Немедленно обнаружилось, что и у больничных психиатров есть свой, и

немалый, интерес в деле, а именно: первые же результаты таких работ показали, что в населении, даже в наиболее развитых и сравнительно обеспеченных врачебной помощью странах, различная, но всегда очень большая доля лиц, неотложно нуждающихся в стационировании, остается дома. Выяснилось, что вероятность помещения в психиатрическую больницу зависит от разных причин – скорее общего, чем специального характера. По E. Stromgren, вероятность стационирования (при прочих равных условиях) для лиц, живущих в пяти милях от психиатрической больницы, вдвое выше, чем для тех, кто живет в 50-мильном отдалении от нее. По нашим данным, в Москве шанс попасть в специализированное сомато-психиатрическое отделение 67-й городской больницы у больного, находящегося в другом отделении того же стационара, в 50–100 раз выше, чем у такого же больного, но лежащего в соседней 52-й больнице. Вероятность стационирования зависит от самых разных, но каждый раз вполне реальных причин – таких, например, как: 1) политика администрации больниц в отношении стационирования лиц с той или иной патологией (E. Stromgren); 2) традиционная, национальная, или более узкая, местная, терпимость населения к душевнобольным (T. Lin и др.), которая в свою очередь зависит от: а) пола и возраста больных (В. Г. Ротштейн и др., С. И. Гаврилова), б) их социального статуса и окружения (Th. Rennie и др.); в) трудовой квалификации больных, г) образованности их родственников (М. Н. Либерман); д) от того даже, в большом или малом коллективе работает больной: в более крупном болезнь имеет больше шансов остаться незамеченной – для полного перечня не хватит, иными словами, букв алфавита. Помимо этих, сторонних по отношению к болезни, факторов не менее существенны и ее собственные, клинические: относительно полно стационируются, лечатся и, следовательно, учитываются случаи явной шизофрении, в меньшей степени – депрессии и совсем плохо – психозы позднего возраста (O. Odegaard). В Москве одно из исследований (М. Г. Щирина и др.) показало, что среди 1024 лиц старше 60 лет лишь одна десятая часть в этом нуждающихся была учтена и лечена психиатрами: 1/6 всех психозов позднего возраста, 1/10 – со старческим слабоумием, 1/16 – с сосудистыми психозами; чем позже начинался психоз, тем меньше шансов имел он попасть в поле зрения лечебного учреждения.

Лица, страдающие «малой» психиатрической патологией – «неврозами», психопатиями, стертыми формами душевных заболеваний, алкоголизмом и т. д., – не охватываются больничной статистикой уже по определению (т. е. по критериям стационирования), диспансерной – по скудости обращений в эти учреждения. Между тем цифры распространенности названных состояний огромны. По W. Kessel, в Англии в 1960 г. «неврозами, требующими лечения» страдали 10 % населения (подсчет велся на основании изучения амбулаторных карт: предполагалось, с веским на то основанием, что в Англии все население охвачено поликлинической помощью). Из этих лиц лишь одна десятая была направлена к психиатрам и отбор больных на консультацию происходил самым случайным образом: сравнение направленных и не направленных к психиатру «невротиков» не выявило сколько-нибудь заметного различия между обеими группами.

Дальнейшее изучение частоты «малых» психических расстройств в населении привело к тому, что психиатры, занявшиеся проблемой, зашли в тупик: число этих состояний оказалось таким, что подверглись сомнению сами понятия нормы и патологии – во всяком случае как статистического феномена. Норма перестала рассматриваться как наиболее распространенная форма человеческого существования, но скорее – как некий безликий идеал и абстракция, в то время как патология, напротив, выступала всякий раз во вполне определенных, рельефных лицах или масках. Чем больше труда вкладывал психиатр в свое исследование, чем лучше по тем или иным причинам он знал свой «контингент», тем выше были получаемые им цифры распространения психической патологии. Большие психиатры всегда это знали или чувствовали. H. Schule (это для непосвященных – одна из наиболее известных фигур в психиатрии прошлого века) в учебнике 1886 г. писал: «Если бы была возможна такая статистика, она показала бы, что число этих наследственно предрасположенных лиц огромно и что болезненное отягощение характерно, так сказать, для

нашего столетия» (здесь можно подвергнуть сомнению только апокалипсического рода представление о современности как о наихудшем из времен: по-видимому, в любом веке можно было прийти к столь же неутешительно звучащим выводам). Один из первых крупных клиницистов, специально занявшихся проблемой, T. Clouston, в 1911 г. описал приход на одном из Оркнейских островов в Шотландии, где лично знал несколько поколений жителей. Из 83 семей он нашел отягощение психическими заболеваниями в 41 и заметил, что личное знакомство позволило ему посчитать не только явные, но и мягкие случаи психических расстройств, к которым он относил: легкие формы олигофрении, стертые депрессии, «явную чудаковатость» и «асоциальность». Советские психиатры 20-х годов, еще не стесненные цензурными запретами, развернули широкий фронт подобных исследований. Сведенные воедино данные нескольких работ того времени показывают, что сборный диагноз истерии и неврастении ставился 1279 из 4328, или примерно 30 %, обследованных. Л. М. Розенштейн, осмотрев в 1929 г. 1211 студентов Сельскохозяйственной академии, нашел нервные и психические отклонения у 44 % мужчин и 45 % женщин. И. А. Бергер в 1928 г. среди 314 мужчин – рабочих московского завода «Пролетарский труд» признал психически здоровыми всего 113 человек (но и среди них отметил 34 «социально-отсталых» и 8 «умеренных дебилов, отличавшихся пониженными требованиями к условиям жизни и потому не дававших невротических реакций»). Алкоголизмом страдали 30 % рабочих, и еще у 43 % было привычное бытовое пьянство.

В 1951 г. I. Bremer опубликовал одну из лучших работ этого рода: результаты 5-летнего наблюдения за 1325 жителями рыбацкой деревни на севере Норвегии. Автор был здесь общим и единственным врачом, он не был профессионалом-психиатром, но интересовался этим предметом. Жителей деревни он знал лично и вел в течение периода наблюдения карты на каждого. Всего, по его оценке, около 20 % населения деревни нуждалось в психиатрическом лечении и наблюдении. Он специально интересовался «неврозами военного времени»: на время его врачевания пришлись годы войны и оккупации. Симптомы «военных неврозов» возникали как непосредственно в ходе боевых действий (прежде всего бомбардировок), так и вследствие сопутствующих длительно травмирующих ситуаций, которыми были: аресты и их ожидание, страх перед мобилизацией, перед выполнением (равно как и невыполнением) приказов Сопротивления и т. д. – его работа, таким образом, интересна еще и тем, что описывает одно и то же население как в рядовых, так и в экстремальных условиях – со свойственными последним типовыми массовыми психическими реакциями.

В 1957 г. E. Essen-Maher с сотр. изложили в монографии результаты обследования 2550 жителей нескольких деревень Швеции. Сводная таблица патологии здесь показывает, что безупречно здоровыми были признаны суммарно лишь 32,8 % женщин и 39,6 % мужчин разного возраста.

В США подобные исследования дали сходные результаты. В 1953 г. было проведено обследование 1660 лиц 20–59 лет в Midtown-City в Нью-Йорке (Th. Rennie и др., L. Srole и др.). Их суммарная оценка: 18,8 % населения названной возрастной группы лишены заметных психических отклонений; 41,6 % обнаруживают «мягкие» расстройства; 21,3 % – «умеренные» и 18,3 % – «выраженные». 75 % опрошенных жаловались на тревогу той или иной силы и продолжительности. Последнее расстройство было распространено во всех социальных слоях и не зависело от общественного положения, все же прочие, а именно: «подозрительность», «латентная параноидность», депрессия, ипохондрия, алкоголизм, «эмоциональная незрелость», неврастения, «латентная шизоидия», «пассивная подчиняемость» – возрастали в частоте по мере «нисхождения по социальной лестнице». Всего «выраженные психические расстройства» наблюдались у 28 % лиц, отнесенных к «низшим» слоям общества, 18 % – «средним» и 9 % – к «высшим»; полностью здоровыми были признаны в тех же группах: 11, 19 и 26 % соответственно.

При анализе влияния различных средовых факторов – или, говоря проще, жизненных обстоятельств – в тех же работах было найдено, что в детстве с высоким риском

последующего появления психических расстройств связаны неудовлетворительное физическое и психическое состояние родителей, то же j самого ребенка, распад семьи и так далее. У взрослых высокой степенью риска обладали: плохое физическое здоровье, служебное и семейное неблагополучие, трудности, связанные с детьми, дефицит общения и т. д… Стечение нескольких таких показателей значило больше, чем их простая сумма, свидетельствуя о их неслучайном возникновении. Нетрудно заметить, что названные «факторы риска» можно рассматривать не только как причины, но и как следствия психической патологии, но хорошо выполненные популяционные работы тем и хороши, что их результаты можно читать по-разному: и слева-направо и справа-налево – в зависимости от теоретических установок читателя; они имеют, говоря иначе, самоценный характер, независимый от их последующей интерпретации.

Популяционные исследования последних десятилетий, как в США, так и вслед за ними и в других странах, проводились чаще всего с помощью стандартизованных диагностических опросников, позволяющих, по мнению американских авторов, «объективизировать» психические расстройства; большое обследование такого рода (9543 человека в трех городах США) было осуществлено, в частности, в 1980–82 гг. группой J. Myers с сотр. Диагностические опросники привлекают к себе внимание не только предполагаемой объективностью, но и дешевизной получаемых таким образом сведений, а применение их в разных странах позволяет будто бы сравнивать местные уровни заболеваемости. Анализ этих методик заставляет, однако, усомниться в их универсальной пригодности и эффективности. Они способны, видимо, выявить самый общий, «суммарный» фон, или уровень, патологии, но в отношении отдельных нозологических единиц или единств могут давать лишь ориентировочные, предположительные сведения. Неясно вообще, насколько они нужны квалифицированному специалисту, занимающемуся обследованием небольших групп населения. Пользование одними опросниками приводит к обеднению и формализации получаемых данных (E. Essen-Moller2); разные социальные и этнические группы по-разному отвечают на одни и те же вопросы анкет, и нужна их предварительная стандартизация по этим признакам (D. Mechanic). Так, в Midtown-City ни один пуэрториканец не был признан здоровым по данным опросных листов (H. Murphy), что является, по-видимому, не столько клиническим фактом, сколько дефектом самой работы.

2. Методологические аспекты психиатрических исследований населения

Психиатрические популяционные исследования не только выявили огромный общий объем патологии в населении, но и снова и на новом уровне поставили перед психиатрами методологические проблемы обнаружения, классификации и регистрации психических расстройств. Задача, трудная и в классической, до сих пор преимущественно больничной, психиатрии, здесь приобрела особенную остроту и значимость.

а) Выборка. Общие требования к методам исследования

Мы пропустим проблемы общей статистики, давно решенные наукой. Перечислим лишь некоторые известные положения. Выборка должна быть представительной для изучаемой популяции и отвечать определенным формальным требованиям. Ее величина и принцип составления должны согласовываться с целями работы. Обследование не должно опираться на данные практических учреждений – последние могут иметь лишь вспомогательное значение, поскольку эти учреждения: а) не заинтересованы в исполнении возложенных на них статистических обязанностей, являющихся для них ненужной дополнительной нагрузкой, и часто дают запрашиваемые у них цифры самым недобросовестным образом, б) искажают общую картину под воздействием собственных принципов отбора больных, в) классифицируют больных в соответствии со своими узко понимаемыми практическими нуждами и т. д., – статистика в силу этого должна пользоваться собственными, постоянными или временными, структурами сбора данных и так далее.

б) Общемедицинские проблемы, связанные с чувствительностью метода и дискриминативными возможностями исследования

Уже из первых работ стало ясно (что нетрудно было предвидеть заранее), что частота сообщаемых расстройств в общем и целом прямо пропорциональна интенсивности исследования и обратно (при прочих равных условиях) – количеству одномоментно обследуемых лиц. При этом различные расстройства требуют различного подхода и поиска, равно как и разной тщательности исследования: в зависимости от их тяжести, социальной значимости и отношения к ним населения.

I. Klemperer (1933), взявшийся проследить судьбу 1000 лиц, родившихся в 1880–90 гг. в Мюнхене, не смог однородно обработать материал – из-за того, что не смог разыскать большей части лиц, первоначально заявленных в выборке, и из-за плохого сотрудничества тех, кого он выявил. Он отыскал 271 лицо, из которых лично осмотрел только 76; подробная беседа с родными имела место еще в 52 случаях, остальные же были невольно обследованы самым поверхностным образом. Большая часть душевнобольных и едва ли не все случаи «малой» психической патологии были обнаружены среди тех, кто был обследован лично или посредством беседы с близкими родственниками. Между тем автор, рассчитывая частоту расстройств, распространил выявленную им патологию на 271 члена выборки. Очевидно, что работа методологически дефектна. Считать можно только полноценно обследованных лиц, но их малое общее число искажает изначальную выборку и делает ее непредставительной: в группе первично не выявленных (куда входят умершие, мигранты, осужденные и т. д.) заведомо больше «аномалов», чем среди прочно осевших в городе; то же можно сказать и о лицах, уклонившихся от встречи с доктором. Очевидно, что совершенно обязателен осмотр каждого (или близко к тому) члена выборки, дополняемый другими источниками сведений, всегда сообщающими новые данные, обогащающие результаты личной беседы и наблюдения.

В последние десятилетия эффективность различных методов, применяемых при массовом обследовании, изучается специально. Как и следовало ожидать, разговор с каждым лицом в отдельности оказывается более информативным, чем беседа лишь с одним из членов семьи, двукратный визит дает больше сведений, чем одноразовый, обследование профессионалами – больше, чем подготовленными для этой цели неспециалистами. По данным F. Linder (они относятся к общей медицине, но проблемы в данном случае едины), сбор сведений из уст одного члена семьи не только преуменьшает общую заболеваемость, но и искажает ее структурно: за счет большего «умалчивания» расстройств относительно легких. Способность обследуемого сообщить в виде жалобы об имевшихся у него в прошлом болезненных состояниях убывает со временем: через 4 недели больные еще продолжают в полной мере сообщать о расстройствах, вызвавших как снижение работоспособности, так и обращение к врачу, но болезни, сопровождавшиеся только одним из двух названных обстоятельств, в трех четвертях случаев уходят из поля зрения переболевшего ими пациента.

Источники информации накладывают мощный отпечаток на сообщаемые данные и нередко системно их деформируют. B. Cohen и др. в обследованном ими населении численностью 56 044 (!) человека выявили 3796 «психиатрических случаев» – из них 3176 (!) относились к школьному возрасту. Причина была здесь в том, что авторы запросили школы о поведении учеников и получили более чем полную информацию – но в учительском восприятии и преломлении. Этот источник подвергся в последующем критической оценке. Оказалось, что учителя, если их не спрашивать об этом специально, не сообщают, например, о таких болезненных состояниях, как вялоапатические, но преувеличивают частоту состояний с возбуждением: они вообще дают сведения скорее о масштабе причиняемых им неудобств, чем об истинной патологии школьников.

В работе B. Dohrenwend и др. приведена таблица (у нас табл.1), демонстрирующая различия в сообщаемой частоте «психиатрических случаев» (в % от населения) как функции от времени и интенсивности исследования. С каждым десятилетием, с повышением требовательности к этим работам, возрастал и общий объем выявляемой психической

патологии.

Ясно, что для полноты картины предпочтительней сравнивать цифры разных лет для тех или иных диагностических единиц или групп, но основная закономерность представлена здесь, кажется, достаточно убедительно.

(Необходимо заметить, что возможна и другая постановка вопроса, а именно – не может ли врач-обследователь не только «недовыявить», но и, напротив, завысить частоту сообщаемой им патологии. До сих пор говорилось о недостаточности и ограниченных возможностях того или иного метода исследования или источника данных, но не способен ли визит врача, являющийся сам по себе стрессовым фактором, невольно «сгустить краски», преувеличить степень тех или иных расстройств отдельного человека или целого сообщества? Как это будет явствовать из клинической части, некоторые лица – например, имевшие судимость и находившиеся в прошлом в местах заключения – действительно реагировали на приход обследователя особым, «гипертрофированным», образом. Всегда им присущая, но обычно дремлющая в них настороженность в этих обстоятельствах «просыпалась», была более заметна, чем в обыденной жизни, и это могло ввести в заблуждение пристрастного или чересчур доверяющего первому впечатлению наблюдателя. То же можно сказать и о случаях латентной шизофрении, где визит врача оказывался своего рода «дополнительной нагрузкой на психику», провоцировал определенную личностную патологию, утрировал ее проявление. Речь идет, иными словами, об ошибке измерения, вносимой самим «измеряющим устройством», каким в данном случае является врач-обследователь, – о своего рода пробе с нагрузкой, какой пользуются, например, кардиологи, снимая ЭКГ после физического упражнения. Действительно, целый ряд расстройств: диффузная параноидность, паранояльность, скрытые депрессии, микрокататонические расстройства с характерной для них угловатостью или манерностью движений – имели свойство усиливаться в присутствии незнакомого доктора, задающего к тому же «неуместные» вопросы, вторгающегося в интимный мир обследуемого. Некоторые «невротики» также вели себя не совсем «будничным» образом: находя внимательного слушателя и зрителя, они «расцветали», «изливали душу», «входили в роль» – тоже создавая в чем-то обманчивую картину. Эти искажения первой встречи нивелировались в ходе второго и последующих визитов, когда новизна ситуации притуплялась и люди вели себя более привычным и нейтральным образом, – но тогда утрачивалась и психиатрическая доступность этих лиц и собиралось меньше сведений: данные первого дня были, возможно, преувеличены, но второго – более формальны и уклончивы. Речь идет, следовательно, о том, что «впечатление первого дня» нуждается в определенных коррективах, поправляющих повседневное внешнее выражение психической патологии, в обычных условиях умеряемое

Таблица 1. Общее число лиц с психическими расстройствами в населении в % по данным разных авторов (по B. Dohrenwend)

1940–49 1950 – 59 2,3[1]11,9[2] 28,0[3] 10,9[4]18,0[5] 23,2[6] 1960 и далее

Годы

Непрямой контакт

---

[1] 1955 Eaton-Weil

[2] 1951 Fremming

[3] 1957 Cole e. a.

[4] 1959 Pasamanick

[5] 1956 Trussell

[6] 1951 Bremer

Неполный личный контакт
Личный контакт с каждым

беседа
беседа и осмотр
1910–19

1,3[7]
3,6[8]

1930–39
2,3[9]4,2[10]
1,3[11]
3,5[12]

1,3[13]
7,5[14]

1. Ц[1942 Koila]
0,8[15]
1,2[16]
6,4[17]
2,7[18]

1,8[19]

---

[7] 1917 Rosanoff

[8] 1917 Rosanoff

[9] 1939 Cohen

[10] 1950 Stromgren

[11] 1931 Bringer

[12] 1937Brigger

[13] 1931 Brigger

[14] 1933 Brigger

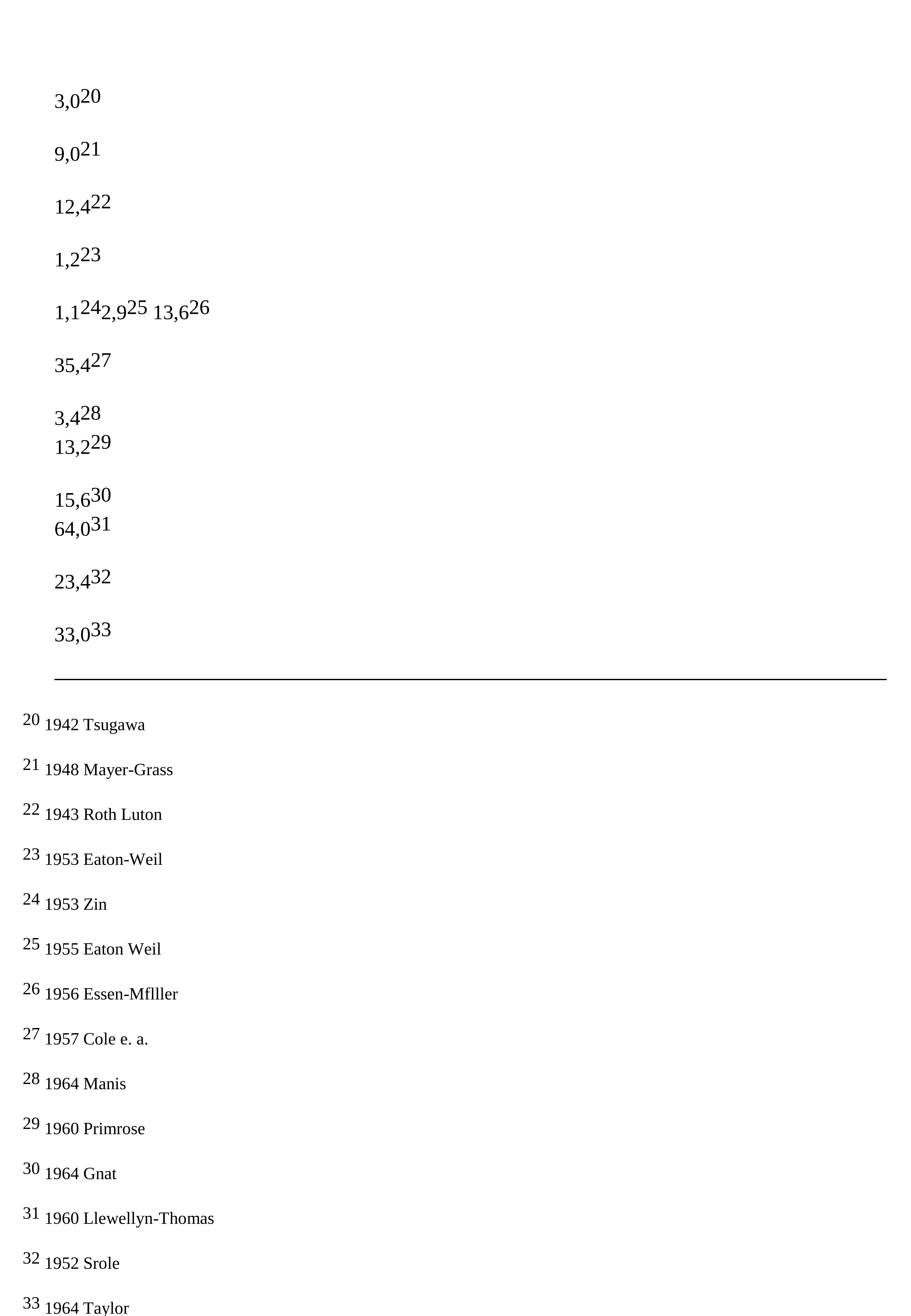
[15] 1940

[16] 1942 Koila

[17] 1943 Roth. Luton

[18] 1942 Akimoto

[19] 1942 Lemson



3,0[20]

9,0[21]

12,4[22]

1,2[23]

1,1[24]2,9[25] 13,6[26]

35,4[27]

3,4[28]
13,2[29]

15,6[30]
64,0[31]

23,4[32]

33,0[33]

---

[20] 1942 Tsugawa

[21] 1948 Mayer-Grass

[22] 1943 Roth Luton

[23] 1953 Eaton-Weil

[24] 1953 Zin

[25] 1955 Eaton Weil

[26] 1956 Essen-Mflller

[27] 1957 Cole e. a.

[28] 1964 Manis

[29] 1960 Primrose

[30] 1964 Gnat

[31] 1960 Llewellyn-Thomas

[32] 1952 Srole

[33] 1964 Taylor

41,0[34]

50 +[35]

житейскими рамками и нормами поведения. Проблема в общем виде носит не узкопсихиатрический, но общемедицинский характер. Проба с нагрузкой в ЭКГ-методе тоже дает не ежедневную картину страдания, а его болезненную потенцию. Известно, что психические расстройства непостоянны в своих проявлениях, текучи, лабильны: вследствие не только внутренне присущей им спонтанной изменчивости, но и зависимости состояния от внешних обстоятельств. Если тяжелой витальной депрессии, острой кататонии или делирия это касается мало, то более мягких и стертых расстройств – в значительно большей степени. Участковые психиатры часто удивляются, встречая больных, только что вышедших из кабинета: там они были мрачны, унылы, безрадостны – на улице же выглядят много живее, активнее, естественнее, и дело здесь, конечно, не в аггравации и даже не в психологической «установке» или мотивировке поведения, а в мощном влиянии окружающего мира, способного как провоцировать, так и подавлять проявления психического расстройства.)

в) Вопросы классификации выявленных расстройств Эти извечные, остающиеся и поныне злободневными вопросы рассматривались, в частности, на конференции по психиатрической эпидемиологии, состоявшейся в Нью-Йорке в 1959 г. и собравшей всех крупных специалистов в этой области. Конференция была в немалой мере занята проблемами общей и психиатрической таксономии, т. е. науки о классификации. Известно, что болезни, их синдромы и даже отдельные симптомы понимаются представителями различных психиатрических школ no-разному: лишь относительно небольшого числа расстройств имеется терминологическая договоренность и взаимопонимание – констатация этого факта является общим местом едва ли не всех программных психиатрических выступлений как прошлого, так и нынешнего столетия. И в настоящее время эти противоречия и разночтения столь же распространены и трудно преодолимы, но путаницы было бы меньше, если бы разные школы и авторы строго следовали собственным изначально принятым критериям классификации. Критерии эти – как правило, этиологические, но в своем практическом приложении почти закономерно подменяются синдромными. Общеизвестно и практически повсеместно принято деление психиатрической патологии на эндо-, экзо- и психогении, где к эндогениям относят болезни, основной причиной которых является наследственная предрасположенность, к экзогениям – болезни, вызванные «органическим» страданием головного мозга, к психо- и социогениям – состояния, порожденные преимущественно психотравмирующим воздействием окружения. Эта триада позволяет, в первом приближении к истине, охватить всю наблюдающуюся психиатрическую патологию, но применение ее грешит внутренней непоследовательностью, едва ли не имманентно присущей теоретической психиатрии. Причинный принцип применяется здесь до конца только в отношении экзогений; получаемый здесь материал действительно классифицируется и описывается в связи с теми или иными органическими страданиями мозга: воспалением, опухолями, интоксикациями и т. д. Уже в относительно простом разделе психогений царит путаница. Этот ясный термин подменивается сборным и аморфным понятием «неврозов» – с их известной последующей разбивкой на истерию, неврастению, психастению и т. д.: все это – вместо естественного различения психогений по типам психотравмирующих ситуаций. Между тем только такое адекватное разложение

---

[34] 1963 Leighton e. a.

[35] 963 Leighton D e. a.

класса на составляющие способно (по общим законам таксономии) развернуть явление в его феноменологическом ряду и способствовать раскрытию заложенной в нем специфической сущности. Здесь безусловно сказывается влияние третьей, до сих пор наиболее важной эндогенной группы, где последовательное применение этиологического принципа невозможно из-за неполноты знаний и где невольно после выделения самого общего массива «наследственной» патологии идет деление его на болезни, выделяемые по типу большого синдрома, включающего в себя стереотип течения.

Строгое следование однажды принятым структурным принципам систематики не означает, не гарантирует того, что они выбраны верно и что образующаяся на их основе классификация близка к естественной: главные причины и движущие факторы психических болезней могут находиться не там, где их ищут и находят. Но придерживаясь принятых начал классификации (и следовательно – диагностики), мы вносим определенный порядок в описываемую нами реальность, вводим ее в стабильную сетку координат, отчего ошибка, если она имеется, делается системной и ее легче исправить в будущем, а все, пусть ложное, диагностическое построение – сместить в правильном направлении (C. Hempel). Меняя же по ходу применения классификации ее основной принцип, мы лишаем выстраиваемую нами картину пусть системно-ошибочной, но внутренней упорядоченности, отчего она обесценивается и сравнение материалов разных авторов делается крайне затруднительным.

Старые эклектические, разнородные, описательные по своему характеру классификации оказываются между тем очень живучи. Они выхватывают из ряда явлений тот или иной наиболее яркий и заметный феномен, руководствуясь внешним, но каждый раз иным по своей сути и происхождению признаком. Такая классификация поддерживается практическими нуждами психиатрии, которая существует прежде всего как пособие для врача и судебного эксперта и только затем и опосредовано – как биологически ориентированная наука (A. Hoche). Таково, к примеру, деление психопатий в классических руководствах, которое, несмотря на явную архаичность, остается в нетронутом виде и в нынешних систематиках. Это деление неправомерно уже потому, что основывается на заведомо разных классификационных принципах и источниках. Во-первых, это давно подмеченное наблюдателями сходство большой части психопатов с их «старшими собратьями» из большой психиатрии: оно способствовало выделению шизоидов, эпилептоидов и тимопатов. Во-вторых, это – деление, идущее из зала суда, где психиатры поневоле вынуждены заниматься одними и теми же «антисоциальными» субъектами с их столь же типовыми правонарушениями. Отсюда – «сутяги», графоманы, преследуемые преследователи, «фанатики», «возбудимые» психопаты: это в такой же мере классификация статей уголовного кодекса, как и «аномалий личности». Наконец, из генеалогических работ в многострадальную систематику пришли лица со стертыми формами психических заболеваний с вполне определенной клиникой страдания: это известные персонажи, наблюдаемые в семьях душевнобольных, – таков, например, тип «verschroben». Образующаяся в результате такого смешения источников конфигурация получается заведомо сборной, эклектичной, непригодной к использованию в биологии. Это то же, как если бы в системе Менделеева, вместо отдельных химических элементов, сведенных воедино и разбитых на группы в соответствии с периодически повторяющимися простыми химическими и физическими свойствами, существовало деление на: 1) сладкие вещества (мед, сахар), 2) горючие (дрова, керосин, уголь), 3) газообразные, 4) ковкие металлы и т. д..

Вывод из настоящего положения дел и связанного с ним теоретического тупика для современного практика-эпидемиолога, на первый взгляд, неожиданен, но вместе с тем – вынужден и внутренне-закономерен: всякое деление материала на группы должно дополняться детальным описанием типовых случаев, а еще лучше – всех сколько-нибудь примечательных в психиатрическом отношении лиц выборки. Тогда беды психиатрии, вытекающие из отсутствия в ней классификационного порядка, оборачиваются ее выгодной стороной, ее действительным богатством. В самом деле, мы способны описать индивидуальность каждого больного и, возможно, поэтому до сих пор путаемся в его

квалификации. Классифицировать просто, имея в распоряжении небольшое, ограниченное число признаков, но такое положение опасно ошибками: при наличии малого числа знаков-маркеров легко смешать существенные из них с несущественными и создать искусственную систематику – взамен естественной, раскрывающей внутренние связи явления. Описание всякого психического больного или девианта содержит в себе тысячи симптомов, лишь отчасти повторяющихся у других лиц, но мы способны понимать, о чем идет речь в каждом индивидуальном случае. Это означает, что мы, парадоксальным образом, опознаем предмет, хотя и не имеем общепринятых систем его идентификации. Всякое эпидемиологическое обследование должно быть снабжено поэтому «архивом», куда следует помещать жизнеописания всех «психиатрически примечательных» лиц выборки: только таким образом можно запечатлеть картину индивидуального страдания или психического отклонения, воссоздать в полном объеме «психиатрический ландшафт местности» и сохранить его для других авторов – до обнаружения (в отдаленном будущем) естественной и всеобъемлющей классификации психической патологии, могущей заменить индивидуальные описания.

г) Описания больных и патологических личностей в популяционных исследованиях

Для начала – курьезы, свидетельствующие, помимо прочего, о том, с какой осторожностью следует относиться к диагностическим рубрикам некоторых авторов.

Для работы A. Leigton и др. характерна социальная направленность исследования, большой объем выборки и, мягко говоря, «приблизительность» диагностических оценок. Цитируем:

«Паранойяльная психопатия…

Случай 3. Странный тип, не может ужиться с родней. Соседи жалуются, что если кто-нибудь подходит к дому, он выходит с ружьем.

Диссоциальные реакции.

Случай 1. Женился на женщине лишь после того, как долгое время жил с ней.

Случай 2. Все еще бегает за мужчинами. Не самая лучшая из жительниц города.

Случай 3. В молодости сходил с ума по женщинам, но боялся венерических болезней»… и так далее (цитируем без искажений и сокращений текста).

Остается, в частности, совершенно непонятным, что представляют собой «диссоциальные реакции», но очевидно, что при таком уровне обследования и описания опросник, видимо, действительно более информативен, чем заключение профессионала. Пример другого рода и противоположная крайность – из работы H. Luxenburger:

«Высокая, сухопарая, старомодно-чопорная, подчеркнуто строго и аккуратно одетая женщина. В комнату вошла медленно, полная чувства достоинства. На ней большие прочные ботинки; не слишком изящная шляпа прикрывает влажно-блестящие, туго зачесанные назад волосы. Глаза широко раскрыты, взгляд холоден и устремлен вдаль. Одним коротким нескладным движением села на край предложенного ей стула и соединила в замок узловатые пальцы. Выражение лица маскообразное, неподвижное. Уголки рта вобраны внутрь, щеки притянуты к щели рта, так что лицо кажется более длинным и узким, чем есть на самом деле. Осведомляется вежливо, но настоятельно о целях исследования и после короткого раздумья выражает согласие „дать показания“. Голос сухой, черствый, женский только по высоте, но не по тембру, ни по производимому впечатлению. Говорит объективно, сухо, деловито, но однообразно и неубедительно, оставаясь по сути дела безразлична к предмету разговора. С неприятным самомнением, в фарисейском ключе судит о людях, которые ведут себя на людях не с тем достоинством, какое было принято в ее семействе. Происходит из ортодоксально-протестантского района, расположенного анклавом в населенной католиками местности. К вопросам, касающимся ее лично, относится недоверчиво, неприязненно, отклоняет их или обдумывает каждое свое слово, исправляет и уточняет формулировки самым утомительным образом, поправляется, берет назад многое из того, что только что сказала… Лишь когда исследователь заметил, что знал в ее родных местах пастора, на ее лице появилось некое подобие улыбки, но вслед за тем оно снова быстро очерствело».

При всей выразительности и даже художественной ценности, описание это грешит тавтологией, и читатель несомненно потеряет терпение после десятка таких словесных портретов. Еще более существенно (и является причиной первого) то, что профессор, по всей очевидности, не ходил по домам и не встречался с соседями и родственниками этой женщины, а ограничился беседой с ней в кабинетной обстановке (профессура вообще тяжела на подъем и страдает малоподвижностью). Luxenburger потому и написал так обстоятельно свой блестящий портрет-робот, что не имел иных источников сведений: он не расспросил у соседей и других возможных «информантов» о деталях поведения этой фрау в прошлом, о ее характерных поступках и привычках, не собрал сведений со стороны, почти всегда проливающих новый свет на полученные при личном знакомстве данные и придающих им «третье и четвертое измерения». Описание статично, бедно анамнезом и потому утомительно – хотя в каком-то отношении безусловно замечательно. (Слово «утомительно» мы применяем здесь не столько в обычном смысле, сколько – в информационном: как синоним избыточности и одновременно – недостаточности сообщаемых сведений, не дающих возможности представить предмет многомерно, сводящих его к «изображению его на плоскости».)

Из того, что есть в специальной литературе, лучшие описания, кажется, у не-психиатра Bremer, который прекрасно знал своих подопечных, наблюдал за ними в течение нескольких лет, очевидно, принимал в их жизни самое живое участие и поэтому смог написать «то, что нужно, и ничего лишнего»: ему было из чего выбрать. Пример из его монографии:

«Женщина 59 лет, замужем за рабочим, норвежка. Родилась вне брака, полукровный брат умер душевнобольным (шизофрения). Мать описывает свою дочь как „распущенную“. Была трудной, неразборчивой в знакомствах и склонной противоречить. Муж был старше ее на 27 лет и слыл оригиналом. Троих детей родила до брака с ним – всего у нее 6 детей. Все сыновья с большими особенностями характера: скрытные, робкие, необщительные, живут бедно, не помогают родителям… Всегда жила в трудных условиях. Описание ее поведения и характера до периода наблюдения полностью соответствует настоящему. Оживленная, некритичная, пустая, болтливая, поверхностная в мыслях и эмоциях. Чрезвычайно активна – в том отношении, что постоянно ходит по делам, а дела ее заключаются в том, что она вечно побирается и клянчит что-то у соседей. Ее домашние условия неописуемы: невероятная грязь, все порвано, сломано… Иногда власти наводят здесь порядок, но вскоре все возвращается в исходное состояние. Отказалась поместить мужа, глубокого инвалида, в дом для престарелых, так как лишалась таким образом повода для попрошайничества. Вступила в связь с душевнобольным, объяснила это тем, что „мужчине нехорошо быть одному“. Совершенно недоступна какому-либо совету, помощи, внушению: у нее „в одно ухо влетает, из другого вылетает“».

Случай этот отнесен Bremer к психопатическим, иные могут оценить его как латентно-шизофренический, но в таком описании он живет сам по себе, вне диагностических рамок и критериев, а именно это и важно в малой психиатрии, где диагностические группы меняются от автора к автору и неизбежно приблизительны.

3. Результаты настоящего исследования. Некоторые общие характеристики выборки

Некоторые общие характеристики выборки

1. ТЕРРИТОРИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ. МЕТОДИКА ВЫБОРКИ

Обследование проводилось на территории Ленинского и Гагаринского районов Москвы, образующих в совокупности радиальный сектор на плане города – от его центра до окраины. В выборку вошли все жильцы одного подъезда дома А (170 человек) и подвыборки

в 5 пунктах, в свою очередь случайно выбранных на специальной карте для массовых обследований. Эта карта с нанесенными на ней точками, отражающими своей густотой плотность населения, была заимствована из выборочного исследования, проводившегося одним из московских институтов, к медицине отношения не имеющих. Список лиц, подлежащих освидетельствованию, формировался следующим образом. На местности отыскивалась ближайшая к точке на карте жилищно-эксплуатационная контора, обслуживающая данный микрорайон, – далее составлялась единая нумерация квартир ближайших домов и в нем выбиралась каждая сороковая или пятидесятая квартира. Отбирались, таким образом, не отдельные лица и не семьи, а квартиры. По отдельным точкам обследованные квартиры, семьи и их члены распределились следующим образом:

Точка	Число квартир	Число семей	Число лиц
А	32	63	170
Б	10	18	44
В	7	16	59
Г	11	15	40
д	13	14	50
Е	14	14	52
Всего	87	130	415

Очевидна сравнительная обеспеченность отдельными квартирами в двух последних точках: они располагались в новых, отдаленных районах столицы. Для обследования в городских условиях этот фактор, повторяем, существен, так как в коммунальных квартирах существуют дополнительные возможности получения объективных данных.

Довольно большую часть материала (42 % обследованных) составили жильцы подъезда А. Он заселялся в 1955–1956 гг. райисполкомом. Состав его жильцов самый пестрый: за прошедшее после заселения время он обновился примерно на треть. Расположен он вблизи стадиона в Лужниках; дом блочный, квартиры в нем преимущественно коммунальные. Подъезд был взят целиком (в начальной стадии обследования) в целях «перекрестного»

сбора сведений от дальних и ближних соседей. В последующем выяснилось, что в сборе данных можно и нужно ограничиваться ближайшими информантами, что наведение справок «на стороне» не дает дополнительных сведений, но может вызвать (равно как и чересчур долгое пребывание психиатра на местности) нежелательные реакции и комментарии населения.

Изначальный принцип выборки грешит методологически: должны отбираться не семьи и не квартиры, а отдельные лица – отбор семьями, например, вносит в материал дополнительные искажения вследствие внутрисемейных корреляций. В нашей выборке, кроме того, заведомо отсутствуют лица, не имеющие прописки и определенного места жительства (что в то время было, может быть, не так существенно, чем ныне). Возможны и другие замечания такого же рода, но ригоризм в отношении выборки, сам по себе похвальный, в психиатрии должен проводиться в жизнь с учетом того, что возмущения, связанные с поиском, регистрацией и классификацией выявленной патологии, дают разночтения, несоизмеримые с теми, что могут быть вызваны погрешностями выборки. Не нужно, конечно, к ошибкам, имманентно присущим психиатрии и трудно исправляемым, добавлять иные, сторонние для нее и предупреждаемые формальными приемами, но и требования к стерильной чистоте выборки должны учитывать реальности психиатрической науки и практики.

2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА

а) Распределение по полу и возрасту

Обследованные 415 человек распределяются в этом отношении следующим образом.

Таблица 2. Распределение выборки по полу и возрасту

0–10
11–20
21–30
31–40
41–50
51–60
61–70
70– 71– >
Вс
0–17
Муж
23
28
24
28
29
19
16
6
173
44

Жен.

19

36

32

30
45
39
33
8
242
45

Всего

42

44

56

58
74
58
49
14
415
89

Для сравнения с Москвой: население обоих районов в 1970 г. составляло 397,9 тыс. чел., из них 74,9 – детского и подросткового возраста, что хорошо согласуется с пропорциями нашей выборки. Нами был обследован, следовательно, примерно каждый тысячный житель двух районов. Распределение по полу и возрасту также существенно не отличалось от такового в населении, засвидетельствованного в ходе переписи 1970 г. Преобладание женщин в выборке (начиная с определенных возрастных групп – прежде всего как результат недавней войны) соответствовало реальному положению в московском населении того времени.

б) Распределение по социальному положению

По этому признаку обследованные распределялись следующим образом.

Таблица 3. Распределение обследованных по социальному статусу

0–17
18–40
41–60
61– >
Всего

М
Ж
М
Ж
М
Ж
М

Ж
N
%
Не работают и не учатся
10
12
3
1
1
17
15
38
97
23,4
Учатся
32
29
5
17
1
–
–
–
84
20,4
Неквалифицир. рабочие
2
4
8
3
5
23
1
3
49
11,8
Квалифициров. рабочие
–
–
20
11
19
9
2
–
61
14,7
Служащие I
–
–
12
26

8
24
3
–
73
17,6
Служащие II
–
–
11
14
14
11
1
–
51
12,2
Всего
44
45
59
72
48
84
22
41
415
100

Под неквалифицированными рабочими здесь и далее подразумевались разнорабочие и ученики рабочих. Служащие I, в отличие от служащих II, не имели высшего образования и не занимали должности, его требующие.

в) Брачный статус обследованных

Эти данные приведены в табл.4. В этой таблице «фактический брак» означает совместное проживание и ведение общего хозяйства с половым партнером (с юридическим оформлением брака или без оного); «брак распался» предполагает раздельное ведение хозяйства даже при проживании под одной крышей (хотя такое разделение, как и всякое другое в этой щекотливой области, может быть оспорено). Одиночки – лица, не имеющие каких-либо сожителей. Лица, вступившие во второй брак, вдовыми не считались.

Таблица 4. Брачный статус обследованных

18–40
41–60
61– >
Всего
Ж
Ж
М
Ж
М
Ж

В браке

41
43
38
46
21
12
100
77,5
101
50,8

Брак распался
3
7
7
19
1
6
II
8,5
32
16,2

Вдовые
–
–
2
15
–
21
2
1,5
36
18,3

Холостые
15
22
1
4
–
2
16
12,4
28
14,2

Всего
59
72
48
84

22
41
129
99,9
197
99,5

Из них одиночек
2
1
3
8
–
9
5
3,9
18
9,1

Мужчины, особенно в пожилой группе, были, очевидно, лучше устроены в брачном отношении, но их и было меньше: в пожилой группе – почти вдвое. Среди лиц старше 17 в фактическом браке жили 77,5 % всех мужчин и 51,3 % женщин; старше 60–90 % мужчин и около 30 % женщин. Соответственно среди женщин больше одиночек: 9,1 % среди лиц старше 17 против 3,9 среди мужчин. Все эти данные также хорошо согласуются с переписью того времени.

3. МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ

Перед началом обследования ставилась задача собрать о каждом обследуемом сведения:

1) с его слов, в ходе личной беседы,
2) со слов живущих с ним родственников,
3) со слов соседей по квартире,
4) из документов психиатрических учреждений,
5) из материалов товарищеских судов.

В ходе работы выяснилось, что документация товарищеских судов, во-первых, охраняется законом, во-вторых, практически ничего не добавляет к сведениям, полученным от соседей, поскольку черпается из того же источника. Документация психиатрических больниц и диспансеров была ценна, но имелась лишь о небольшом числе обследованных. При этом выяснилось, что не только практически все так называемые «пограничные» случаи, но и очень большая часть лиц, которые по всем существовавшим в ту пору критериям относились к категории душевнобольных или «подозрительных» в этом отношении, никогда прежде психиатрами не обследовались (или больные отрицали такую возможность, а в диспансерах не было данных об их обращениях).

Основная масса сведений получена путем личного опроса обследуемых, их родственников и соседей. Лично осмотрено 393 чел., или 95 % выборки. Сведения из всех трех источников получены о 197 чел. (около 47 %); со слов самих обследуемых и их родственников – относительно 171 лица (41,5 %); обследуемых и их соседей – 24 чел. (5,8 %), только обследуемой – 1 чел.; со слов соседей и родственников (без личной беседы) – о 18 (4,3 %), только родственников – о 3 лицах, наконец, только соседей – об 1 обследуемой.

Из 22 лиц, не обследованных лично, трое лежали в больницах; об одном было известно, что он находился в заключении; пятеро жили большую часть времени у родственников по

иному адресу или были в длительной командировке; трое оказались недоступны вследствие отказа их от встречи с врачом или запрета на нее, наложенного их родственниками, наконец, девятерых оказалось невозможным застать дома – в этой группе имелись, по-видимому, замаскированные отказы от сотрудничества.

4. ДОСТУПНОСТЬ ОБСЛЕДОВАННЫХ ПРИ ЛИЧНОЙ ВСТРЕЧЕ

Эти вариации представлены в табл.5. Здесь 0 означает лично не обследован, 1 – доступен, 2 – формален, уклончив, 3 – более или менее быстрый отказ от продолжения встречи. Сведения даны относительно лиц старше 17.

Женщины оказались более доступны психиатрическому обследованию молодым мужчиной: 86 % против 61,2 % мужчин. Всего к первой группе отнесено 76 % обследованных: в трех четвертях случаев мы встречали благожелательное отношение к визиту врача, к его целям и методам обследования. Характерно, что это сотрудничество, как правило, не преследовало каких-либо «корыстных» целей: люди не добивались лечения или обследования в институте, хотя оно предлагалось вначале в качестве своего рода «отступного» за причиняемое беспокойство. Напротив, насколько охотно описывали некоторые лица имеющиеся у них расстройства, настолько же не расположены они были затем обследоваться в клиниках: кажется, им более всего нужно было «выговориться». Это в особенности верно для неврозоподобной симптоматики – у части «невротиков» имелся, впрочем, опыт безуспешного обращения к врачам по поводу своих жалоб.

Таблица 5. Доступность обследованных при личной встрече

18–40
41–60
61– >
Всего М
Всего Ж
Ж
Ж
М
Ж
N
%
N

1
33
60
29
71
17
38
79
61,2
169
85,8

2
14
7
14

9
3
3
31
24,0
19
9,6

3
1
1
2
2
1
–
4
3,1
3
1,5

0
11
4
3
2
1
–
15
11,6
6
3,0

Всего
59
72
48
84
22
41
129
99,9
197
99,9

Психологически рассказ о своих психических особенностях и нервности был, как ни странно, лестным для обследуемых: как проявление интереса к их личности, часто – как следствие желания «поделиться», рассказать о своем внутреннем мире: эта потребность редко удовлетворяется в нашем житейском обиходе. Обследуемые отмечали, что никогда прежде не участвовали в таких собеседованиях – эта новизна часто помогала расспросу, но она же и создавала иногда специальные трудности: необходимо было доступным и успокоительным образом объяснить цели и задачи исследования.

5. ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРИНЯТОГО «ПОДВОРНОГО» ПРИНЦИПА ВЫБОРКИ

Из достоинств данного подхода следует назвать прежде всего то, что каждый член выборки обследовался в своей естественной нише и среде обитания, где легче всего выявлялись его индивидуальные особенности. Это вряд ли возможно в организованных коллективах, где преобладают групповые, социальные стереотипы поведения. Пребывание в семье позволяло врачу непосредственно, in situ, наблюдать такие важные личностные характеристики, как семейная субординация, взаимоотношения родственников, повседневное поведение человека в его естественном окружении. Многое можно было почерпнуть из квартирной обстановки, которая являлась как бы продолжением психического склада ее обитателей, распространением их индивидуальных черт на мир вещей вокруг: казарменная бедность и оголенность жилья или, напротив, «завалы» старого тряпья и хлама у больных с вялотекущей шизофренией; демонстративная экзотика, необычные броские предметы на стенах в квартирах у так называемых истериков; парадная чистота квартир «педантов порядка», «аккуратистов» и пр… Этот отпечаток личности на обстановке жилья известен врачам психиатрических диспансеров, психиатры стационаров знают его меньше – видимо, поэтому его нет в учебниках, которые обычно пишутся больничными специалистами.

Недостатком принятого метода является прежде всего неполнота профессиональных, учебных, служебных и пр. сведений об обследуемых: все они были получены с их собственных слов или со слов их родственников и, следовательно, могли быть и были пристрастны и малоинформативны. Это особенно существенно для лиц молодого возраста, у которых жизнь вне дома преобладает, так сказать, над жизнью семейной. Но мы даже не пытались запрашивать в связи с этим и в какой бы то ни было форме места учебы или работы наших подопечных: единственное, что представлялось нам совершенно невозможным и недопустимым – это та или иная форма сверки домашних данных с учебными или производственными. Насколько обследуемые были доступны в беседе и готовы отвечать на все вопросы, настолько же верно замыкались они в себе, «запирались» при малейшем упоминании о возможности наведения справок по месту работы или учебы кого-либо из членов семейства. Следует еще раз заметить, что наибольшая доверительность наблюдалась при первой встрече с врачом – при втором и последующих визитах люди часто «спохватывались» и делались осторожнее в высказываниях: боялись «вынести сор из избы», сообщить сведения, могущие их скомпрометировать. Даже чересчур долгое пребывание психиатра в доме начинало «действовать на нервы» его обитателям – поэтому мы отказались от осмотра целых подъездов: слишком примелькалась одинокая и, наверно, одиозная фигура обследователя во дворе первого дома.

В целом надо признать, что доступность членов выборки и их сотрудничество с врачом были вполне удовлетворительны и позволили закончить это обследование.

Клинический материал изложен, как мы говорили, в виде психиатрических историй болезни, жизнеописаний и более кратких, «эскизных», портретов и зарисовок; во всех случаях единицей наблюдения является индивидуум. Некоторые виды патологии целесообразней описывать гнездами: семьями в случае наследственной патологии (что мы отчасти и делали) и иными сообществами – при преимущественно социогенной патологии (что не входило в первоочередные задачи нашего исследования). Возможна и более мелкая единица счета, а именно – отдельные болезни и патологические состояния, которых у одного и того же лица может быть (и было) не одно, а несколько, но такое описание вне связи с личностью и биографией пациента в психиатрии вряд ли возможно: приходилось бы всякий раз обращаться заново к предыстории больного или психического «аномала». Поэтому мы неуклонно следовали биографическому принципу в представлении данных: описывали все перенесенные в течение жизни расстройства и, не повторяясь в последующем, при необходимости отсылали читателя к предыдущим разделам книги.

Жизнеописания сделаны как бы в двух вариантах – относительно полном и более

кратком: читатель легко разберется в этом, знакомясь с текстом. С одной стороны, это связано с большим или меньшим объемом полученных в том или ином случае сведений, с другой – позволило разнообразить подачу материала и облегчить участь читателя, который вряд ли бы выдержал слишком большой объем всякий раз обстоятельной и подробной информации относительно большого числа лиц выборки. На болезнь полезно бывает смотреть как на микробиологический объект: меняя линзы и увеличения микроскопа, то приближаясь к ней, то от нее удаляясь (хотя мы допускаем, что иногда, в особенно лаконичных «набросках», недалеко ушли от беглых характеристик книги A. Leighton.)

6. СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА МАТЕРИАЛА

Обработка эта, в силу малого объема выборки, была элементарной. В расчет частоты тех или иных расстройств шли текущие случаи, то есть констатируемые на момент обследования, плюс анамнестические, имевшие место в прошлом. Если состояние того или иного лица ухудшалось после обследования, то такие изменения отражались в жизнеописании, но в расчет частоты не шли. Счет был достаточно условен и ориентировочен – своего рода «прикидка» для будущих исследований. Распространение данных выборки на население производилось с помощью известной формулы:

36

где m – средняя ошибка показателя,

р – показатель (частота в выборке),

N – число наблюдений.

Бралась удвоенная ошибка – соответствующая 95 % вероятности того, что цифра распространенности того или иного состояния в населении лежит в пределах двойной ошибки показателя. Данные выборки распространялись на все население (N = 415), отдельно – на взрослую, старше 17 лет, его часть (N = 326) и на несовершеннолетних (N = 89).

Существенность различий между отдельными группами, в тех немногих случаях, когда она определялась, производилась по таблицам Боярского (р = 95,5 %).

Клиническая часть

Группировка материала проведена по этиологическому принципу с исходным разделением на экзо-, эндо- и психо- (социо-) гении. Дальнейшее классифицирование экзо- и психогений проводилось в соответствии с причинами болезни: те или иные «органические» мозговые или «общесоматические» заболевания в первом случае и типы психотравмирующих ситуаций – во втором. Деление эндогений проведено, в согласии со многими работавшими в малой психиатрии авторами (напр.: К. Клейст, Т. И. Юдин, П. Б. Ганнушкин), по так называемым «кругам наследования» или «кругам наследственной патологии»: шизофреническому, эпилептическому, тимопатическому и олигофреническому. В таких образованиях последовательно располагаются: явные, манифестные случаи заболеваний, их «вялотекущие», стертые, латентные формы и наконец – психопатии, генетически с ними связанные и представляющие собой наиболее бледную, размытую копию «большой болезни» (дебильность – в случае олигофрении). Эти последние постепенно переходят в характерологические аномалии и особенности здоровых лиц популяции, так что, говоря языком Кречмера, «при рассмотрении эндогенных психозов в широких биологических рамках они представляются не чем иным как заострениями нормальных типов темперамента».

---

36 формула пропущена

Определяя число таких «кругов» и, следовательно, центров группировки материала, мы следовали за психиатрами тридцатых годов, и прежде всего– П. Б. Ганнушкиным, живо интересовавшимся проблемами «пограничной» психиатрической патологии и ее промежуточным положением между психическими заболеваниями, с одной стороны, и «нормой» – с другой. По Ганнушкину (6): «В одном нельзя не согласиться со сторонниками укрупнения психиатрической классификации: если пересмотреть одну за другой отдельные формы психопатий, то окажется, что, не уничтожая их отдельного существования, их все-таки можно объединить по степени близости друг к другу в несколько небольших групп, или, как иногда выражаются, кругов, большей частью стоящих в известном родстве с большими эндогенными психозами. Таковы круг циклоидный, круг шизоидный, эпилептоидный и т. д.».

Некоторые, основываясь на генеалогических работах, говорили также об истерическом, психастеническом и паранойяльном кругах (см., напр., К. Клейст, М. О. Гуревич2): наличие «сквозных» симптомов такого рода в разных поколениях говорит как будто бы в пользу такого предположения. Действительно, в трех и более поколениях отдельных семей могут прослеживаться более или менее сходная истерическая и паранойяльная симптоматика, сходные навязчивости. (О последних писал еще В. Маньян; одно из недавних исследований «сквозных» истерических симптомов см., напр., в работе Э. Б. Дубницкой с соавт.) Другие, констатируя наличие истерической, паранойяльной и психастенической конституций, отказывали им в самостоятельности и самодостаточности в качестве «больших кругов наследования» – подобных эпилептическому или шизофренному. Эти психопатии носят, по мнению этих авторов, производный или краевой характер, они вторичны по отношению к «главным» видам наследственной патологии (шизофрения, эпилепсия, тимопатия) и являются результатами их слияния и взаимоналожения, иногда– их «масками».[37]

---

[37] Разбор этих представлений см., например, у П. Б. Ганнушкина6, Т. И. Юдина23, А. Н. Молохова, Я. В. Беренштейна и И. Я. Завилянского. Последние авторы различают три первичных психопатии: шизоидию, эпилептоидию и циклоидию – и их «сплавы»: психастению, истероидность и паранойяльность. Под «сплавами» здесь подразумеваются не простые соединения черт нескольких цельных конституций, но их «амальгамы», психопатологические «гибриды» и «сращения». Относительно удельного веса тех или иных «первичных» психопатий в генезе каждого из таких производных высказывались противоречивые мнения, что объясняется, видимо, сборным характером «вторичных» групп и наличием в них переходных и непрерывных спектров от одного полюса патологии к другому. Если, в видении E. Bleuler, параноики – почти все сплошь «мягкие шизофреники», то по П. Б. Ганнушкину6 они занимают промежуточную зону между шизоидами и эпилептоидами, тяготея, в зависимости от «нюансов» состояния, ближе то к первым, то ко вторым. По А. Н. Молохову «основной биологической предпосылкой для параноического развития личности должно считаться наличие черт эпилептоидной конституции, облегчающей образование сверхценных идей, самоутверждения, целеустремленности, вязкости, эгоцентризма и т. д.». Генеалогический анализ семей психастеников ананкастного типа показывает, что они относятся преимущественно к спектру шизофренической патологии (Ю. В. Каннабих1); что не исключает того, что эмоционально сохранные, клинически близкие к циклоидам психастеники могут находиться в тесном родстве с циркулярным кругом патологии. Говоря словами Berze (цит. по А. Л. Эпштейну1): «Мы имеем готовыми и нерушимыми факторы не определенных клинических единиц, а более элементарных, которые могут соединяться, образуя самые разнообразные группы, и только некоторые из таких групп особенно типичны, особенно часто встречаются и потому в клинике описываются как нозологические единицы. Но те же факторы могут образовывать и другие комбинации… которые могут быть очень разнообразны, почему разграничение форм является очень трудным…»

Круг олигофрений мы добавили, так сказать, от себя, сами. В приведенной выше цитате из П. Б. Ганнушкина примечательно окончание отрывка: «круг циклоидный, круг шизоидный, эпилептоидный и т. д.» – где это знаменательное «и т. д.» следует за тем, как автор отказал в самостоятельности истерическому и паранойяльному кругу наследования. Что может быть еще отнесено к элементарным кругам психиатрической наследственной патологии, когда основные претенденты на эту роль столь решительным образом отвергнуты? Олигофрения безусловно может притязать на это место. Она отвечает двум основным требованиям, предъявляемым к такого рода кандидатам: во-первых, преимущественно наследственна и, во-вторых, может существовать и передаваться в виде элементарного, самостоятельного и самодостаточного симптомокомплекса. Это не снимает того факта, что в большинстве случаев и олигофрения существует не в «чистом виде», а в составе более сложных психопатологических образований – чаще всего с шизофреноподобными и эпилептиформными «ингредиентами», но сам факт ее изолированного и целостного бытия и наследования

бесспорен. Стало быть, к трем кругам наследования, которые перечислил П. Б. Ганнушкин, мы прибавили четвертый, «олигофренный», и сгруппировали вокруг этих «центров кристаллизации» всю выявленную нами эндогенную патологию.

По-видимому, возможно выделение и других «кругов наследования», но нам, *в* силу малого объема выборки, хватило и четырех названных. Стоящие за ними причинные факторы обнаруживают свое действие на самых ранних этапах развития, прямо и явно сказываются на всем психическом облике и развитии индивида и имеют поэтому самое широкое распространение в популяции.

Подобно другим авторам, работавшим в этой области, мы разделили также весь материал, независимо от нозологии, на группы по степени тяжести расстройств. В этом делении:

к группе А отнесены тяжелые случаи заболеваний – манифестные психозы, текущие непрерывно или с частыми обострениями, деменция и олигофрения тяжелых степеней, алкогольная деградация с психозами и т. д.;

В – более благоприятные формы психозов, с редкими обострениями или вялым течением, психоорганический синдром без явного слабоумия;

С – клинически очерченные психопатические (психопатоподобные) и невротические (неврозоподобные) расстройства, случаи алкоголизма с умеренной психопатизацией, неосложненная дебильность и т. д.;

Д – «компенсированные», практически здоровые лица с «отдельными» психопатическими и невротическими чертами, бытовое пьянство и пр.

Последняя группа рассмотрена нами лишь в общих чертах и почти не снабжена индивидуальными портретами. Отнесение к той или иной категории производилось по совокупной тяжести расстройств и обозначалось соответствующей буквой в конце историй болезни и жизнеописаний.

Эндогении. Шизофренный круг патологии

В эту группу были отнесены случаи, где психическая патология определялась, явно и преимущественно, наследственными задатками, что следовало из ее раннего начала и семейного отягощения сходными расстройствами. Это не означало, что иные воздействия (органические или психогенные) не имели в этих случаях места или даже – существенного значения в развитии клинической картины, но они представлялись второстепенными по отношению к этой главной производящей явление причине – хотя вопрос о такого рода приоритетах, во-первых, сложен вообще и, во-вторых, часто не может быть решен положительно в том или ином отдельном случае, когда можно, вслед за патанатомами, говорить о «конкурирующих» заболеваниях или причинах того или иного страдания или состояния. Поскольку все случаи так или иначе документированы, читатель сможет составить собственное мнение об обоснованности диагноза и степени тяжести психического расстройства.

ШИЗОФРЕННЫЙ КРУГ ПАТОЛОГИИ

Невозможно дать сколько-нибудь полный обзор того, что написано о «шизофреническом спектре расстройств», охватывающем в настоящее время большую часть врачуемой и опекаемой психиатрами патологии. Исследователи, занимавшиеся стертыми формами шизофрении, семьями шизофреников и проблемой шизоидии, сходились, в общем и целом, в признании генетического единства и родства манифестной, стертой (вялотекущая) и скрытой (латентная шизофрения и генуинная шизоидия) форм шизофренического процесса. Таковы, например, выводы генеалогических работ школы Rudin, E. Bleuler, советских исследователей разных лет, из которых последние и наиболее документированные принадлежат школе А. В. Снежневского. Выводы эти подтверждаются близнецовыми исследованиями – в частности, материалами дискордантных по манифестной шизофрении однояйцевых пар: K. Planansky, H. Mitsuda и T. Fukuda, E. Essen-Moller (цит. по В. Д. Москаленко) и др., где близнецы, дискордантные (различающиеся) по острому психозу, оказывались конкордантны по стертой неврозо- и психопатоподобной симптоматике, тождественной или очень близкой той, какая наблюдается при вялотекущей и «латентной» шизофрении.

Многие авторы сосредотачивались на выделении «собственно шизофренического начала»: внутреннего единства, определяющего родство и внешнее подобие лиц шизофренического круга, – единой для всех членов этой группы патогенетической общности, «элементарной первоосновы» клинической патологии. В классической психиатрии это движение мысли привело к выделению симптомов «первого и второго ранга» шизофрении K. Schneider, понятию интрапсихической атаксии E. Stransky, основных синдромов E. Bleuler. Шизофренологи, обращающиеся к эпидемиологическому методу, изучают то, что можно назвать феноменом последовательного разбавления, разведения шизофренной симптоматики в популяции. По мере упрощения и вымывания острых (во многом случайных) симптомов в стертых и латентных формах обнажается то, что неразрывно свойственно, имманентно присуще данному процессу. Э. Кречмер, со свойственной ему яркой образностью слога, так описывал эту цельность шизофренно-шизоидного круга патологии:

«Если мы приучимся одновременно с психозом тщательно изучать всю личность больного и индивидуальность его родственников, то тотчас испытываем чувство: все они слеплены из одного теста. Все, что в скачкообразных переходах, причудах наших кататонических пациентов катастрофически прорывается как бред преследования, абсурдная система мышления, заторможенность, окаменелое оцепенение, враждебный аутизм, негативизм и мутизм, – все это скользит, как spiritus familiaris (семейный дух), в различных оттенках, здоровых и патологических вариантах в родне: в форме педантов, совестливых скупцов, мрачно настроенных, боящихся жизни изобретателей, в их застенчивой нежной боязливости, неверии, молчаливости, угрюмом

человеконенавистничестве». И в другом месте, утверждая единство шизофренического круга патологии: «Шизофрения в шизоидах имеет свою абортивную форму, а в шизотимах свой характерологический рудимент».

П. Б. Ганнушкин (он, как известно, является главным авторитетом в области малой психиатрии в отечественной науке) видел эту специфику шизофренического процесса в кататоническом синдроме и, вслед за E. Stransky и другими авторами, в определенной мере отождествлял шизофрению с кататонией: «Подобно тому, как есть особый склад, предрасполагающий к маниакально-депрессивному психозу, точно так же существуют индивидуумы, предрасположенные к реакциям в форме кататонии, resp. шизофрении (кататонический, или шизофренический, тип вырождения)». Это цитата из Stransky, но подобное отождествление встречается у П. Б. Ганнушкина и в собственной речи: «шизофренический, resp. кататонический симптомокомплекс». Согласно этой точке зрения, характерное шизофреническое лицо и «нутро» болезни – кататонической природы и в стертых случаях представляет собой микрокататонический синдром, или малую кататонию: вся характерная двигательная неловкость, «рассеянность», поведенческая парадоксальность, необычность лиц, относимых к широкой группе шизоидов, или «verschroben», не что иное как кататония на субклиническом или латентном уровне. Нетрудно заметить, что и в приведенном выше отрывке из Кречмера шизоидность тоже рисуется кататоническими красками. Впрочем, кататонический ряд симптомов – это как бы внешняя оболочка патологии при шизофрении, «изнутри» она дополняется расстройствами параноидного спектра и его предвестниками, растущими из общего с кататонией корня: оппозиционизм, аутистическая «установка» и «инакость» мышления, склонность к бредообразованию, к идеям отношения, особенности речи, которые едва ли не в равной степени можно считать как предкататоническими, так и предпараноидными расстройствами. (Правда, П. Б. Ганнушкин, вслед за E. Bleuler, расширяет феноменологические проявления и границы этой болезни и считает возможным отнести к шизоидии также синдром «врожденной эмоциональной бедности» или «тупости», но оговаривается, что эта черта свойственна шизоидам, находящимся на грани с «антисоциальными» психопатами. Последние для него, по-видимому, сборная группа, захватывающая и иные наследственные конъюнктуры – с грубым повреждением инстинктивной жизни на самых ранних этапах психического развития.)

Другие авторы при рассмотрении обширной и разноликой патологии шизофренических семей сосредотачивались не на внутреннем единстве, а на полиморфизме этой группы. Так, в одной из относительно поздних американских (и потому известных) работ S. Kety и D. Rosenthal к шизофреническому «спектру» патологии относят паранойю, депрессии, алкоголизм и т. д. Мы не можем вдаваться здесь в подробности этих работ, которые дополняют собой поиски элементарной общности шизофренической группы, ее «первоначальной сущности». В нашей стране стертые, субклинические проявления шизофрении на материале родственников больных изучались в 60–80-х годах психиатрами школы А. В. Снежневского. А. Б. Смулевичем обобщены результаты исследования стертых форм болезни с минимальной прогредиентностью процесса. Для таких «шизофренических псевдопсихопатий», по его мнению, характерны:

) приуроченность наиболее активных проявлений болезни к периодам возрастных кризов (пубертатного, инволюционного);

) относительно благоприятное течение эндогенного процесса, не сопровождающееся грубой деструкцией личности;

) аффинитет к расстройствам психопатического круга (сходство симптомов с проявлениями утрированного пубертатного криза, реактивная лабильность, затяжные психопатоподобные гипертимные состояния);

) ограниченность и мономорфность расстройств. Здесь же различаются два основных типа подобных завуалированных болезненных состояний

) с движением по типу «надлома» личности, когда «псевдопсихопат» вследствие подспудного, часто внешне неуловимого «сдвига» или приступа, явно меняется, становится иным – иногда «собственной противоположностью», «тускнеет», астенизируется или, напротив, обретает монотонную, «машинную» стеничность, и

) так называемые амальгамированные формы, в которых имеются субклинически и малопрогредиентно протекающие позитивные расстройства, а личность (патологически измененная) меняется в течение жизни мало. Если первый тип повторяет общие закономерности, наблюдающиеся при приступообразном течении заболевания, то второй, тенью – его вялотекущие формы.

Что касается шизоидии, феноменологически еще дальше отстоящей от психотического прообраза болезни – шизоидии стационарной, не осложненной текущими позитивными расстройствами, и – далее – еще более благополучной шизотимии, то здесь, вслед за Кречмером, можно говорить лишь о семейном сходстве с шизофренией и если родстве, то самом отдаленном, многократно «разведенном» и «разбавленном». Всплеск «шизофренической волны» доходит между тем и до «практически здоровых лиц», присутствуя у них в виде отдельных шизотимных черт: ригидности, сухости, особого рода нервности и пр., классически описанных Кречмером, – шизоидия в таких случаях служит как бы неким внешним остовом или панцирем личности, лишенным собственно шизофренического, resp. кататоно-параноидного, содержания.

Случаи, отнесенные к шизофреническому кругу наследования, представлены ниже в порядке убывания шизофренной (шизофреноидной, шизоидной) симптоматики. Вначале описаны манифестные, затем вялотекущие случаи, далее – состояния, расцененные как латентная шизофрения, псевдопсихопатии («дефект-психопатии»), «осложненные» шизоидии (шизоидии со стертыми позитивными расстройствами) и т. д.

А. Манифестные формы шизофрении

Все больные этого рода (их всего 6) неоднократно лечились в психиатрических больницах. Сами по себе, взятые по отдельности, они, возможно, наименее интересны из описанных, но совокупность их в некоторых отношениях примечательна. Мы приводим полные истории болезней, высказывая свои соображения или возражения по поводу диагностики лишь там, где считали это нужным. Вначале три «характерных» случая.

Набл. 1. Мужчина 40 лет. Родители – научные работники. Отец вспыльчивый, неуравновешенный, подвижной до суетливости, «интересуется одной работой». Мать флегматична, «очень спокойна», «выдержанна», рассудительна; к болезни сына относилась, однако, всегда без достаточной критики, называла его состояние прекрасным при незначительном улучшении. Одна из сестер больного умерла от менингита, вторая от туберкулеза. Брат – медик, научный работник, отличается малой общительностью и упрямством в достижении поставленных перед собой целей. Теперь (на момент обследования) он считается хорошим специалистом, но в свое время запомнился коллегам тем, что, изобретя новый метод лечения некоего заболевания, упорно добивался его внедрения, не считаясь с его крайней болезненностью для пациентов. К заболеванию брата относится «не по-врачебному»: считает, что его нужно оберегать от психиатров. Лицо его однообразное, как бы полусонное, сохраняет почти служебное, ни к чему не обязывающее выражение любезности, суждения же лаконичные, сухие, часто неожиданно жесткие.

Сам больной с 3 лет наблюдался невропатологами по поводу «несуразных» ночных страхов, просыпался среди ночи с криком ужаса. Был тогда очень капризен, падал и бился об пол по незначительным поводам. Был осмотрен детским психиатром, который назначил водные процедуры. К 5–6 годам стал тише, спокойнее, сделался прилежен, послушен, услужлив, был «красив как девочка». Играл с девочками, общества мальчиков избегал. В первых классах учился хорошо.

Явно заболел *в* 13 лет, после смерти сестры. Вначале долго и безутешно рыдал, воспринял утрату с не свойственным его возрасту трагизмом, затем, по прошествии нескольких месяцев, притих, стал сторониться знакомых и близких, уединялся. Начал прогуливать уроки, никак не объяснял своего поведения, просил только, чтоб ему дали отдохнуть. Затем периодически и без всякого на то повода стал озлобляться, делался враждебен к матери и брату, кидал в них тяжелые предметы и метил попасть непременно в голову. Наконец перестал ходить в школу совсем, два года не посещал уроки – мать к врачам не обращалась, целиком связывая его состояние со смертью дочери. В 15 лет стал особенно злобен в отношении к ней, начал отказываться от пищи, говорил, что она отравлена, грозил убить мать. Был стационирован в детский психиатрический стационар.

При поступлении туда: «напряжен, недоступен, пытается убежать». Лечился инсулиновыми шоками. При выписке: «доступен, заботлив, строит планы на будущее, относится с критикой к бредовым переживаниям, связанным с матерью». После выписки приступил к занятиям в вечерней школе, но относительное благополучие длилось два месяца – затем вновь стал враждебен матери, обвинял ее в том, что она хочет отравить его «сифилитическими токсинами», находил у себя проявления этой болезни, снова перестал ходить в школу. Два года провел дома, мать к врачам не обращалась. Повторно – стационирован в возрасте 17 лет в 1948 г. При новом поступлении: «диссимулирует, пытается рационально объяснить врачу причины своего состояния, отказывается брать передачи от родных». Был выписан через два месяца в состоянии улучшения.

В последующем к психиатрам до 38 лет не обращался. В течение 4–5 лет чувствовал себя «хорошо» (по оценке родных), кончил вечернюю школу, работал токарем, регулярно перевыполнял норму. В 21 год захотел «во что бы то ни стало» снять статью в военном билете, обратился с этим в диспансер. Говорил на приеме, что теперь стал относиться к матери иначе, видит, что она о нем заботится, «научился сдерживать себя». В 1954 г. в амбулаторной карте отмечены жалобы на вспыльчивость и раздражительность; в 1956 г. (оба раза при активном посещении врачом на дому, так как больной перестал посещать ПНД) – на утомляемость, желание лечь после работы.

В 1962 г. (31 год) женитьба по сватовству. По словам жены, он, сколько она его знает, всегда был нелюдим, неразговорчив: и на работе и с соседями по дому; много и без разбора читал, «прочел от корки до корки энциклопедию» Временами делался тревожен, озлоблен, говорил, что за ним следят: в стены, в потолок, в метро, дома, на работе вмонтированы подслушивающие устройства, о нем все знают, сотрудники говорят о его интимной жизни с женой. В 1967 г., под влиянием подобных переживаний, ударил сотрудника гаечным ключом по голове. Был осужден условно на год, скрыл тогда (равно как и его родные) свое заболевание. В 1969 г., при аналогичном обострении, был стационирован.

При поступлении «формален, малодоступен», неохотно говорит, что за ним следят милиция и КГБ, у которых «мало работы и они охотятся за рядовыми людьми, чтобы продвинуться по службе». В его комнате «датчики», фиксирующие «все звуковые колебания» и их «ретранслирующие», производится «съемка в инфракрасных лучах» и передача изображений по телевидению. Сосед этажом выше «специально провоцирует» его, стучит, «делает только вид, что чинит обувь», тоже участвует в слежке. Сам больной никаких мер против своих «преследователей» не предпринимает, так как это приведет только к тому, что его «объявят сумасшедшим». «Склонен к рассуждательству» (по оценке врача диспансера), к разговорам о возможностях современной науки (в связи с его «преследованием»).

Впервые лечится нейролептиками. В течение трех дней был тревожен, призывал врачей обратить внимание на то, что делается в отделении. В следующую неделю настроение приподнятое, делает среди коридора зарядку, «назойлив» в обращениях к врачу. При выписке признает, что ему, возможно, «кое-что показалось», но

критики к бреду нет.

В 1970 г. проходил судебно-психиатрическую экспертизу (в связи с тем, что человек, пострадавший от него в 1967 г., подал в суд на взыскание алиментов по нетрудоспособности). Был признан невменяемым в момент совершения правонарушения. Во время экспертизы утверждал, что за ним действительно «в большей или меньшей степени» следят, был малодоступен в беседе с экспертами.

В последующем попытался при переезде скрыться от диспансера, дал ложный адрес. Встретил в этом отношении сочувствие родственников, которые объясняют свою позицию тем, что после каждого посещения психиатров он «надолго выбивается из колеи». Визитом обследователя был крайне встревожен и напуган: на лбу крупный пот, руки дрожат, взгляд прячет. Отложил посещение на более поздний срок, вызвал к назначенному дню родных: чтобы те присутствовали при встрече. От беседы устранился, хотя держался внешне «пристойно». При случайной встрече во дворе выглядит безразличным, отрешенным, подавленным; движения скованные, походка угловатая (А).

Отметим в этом случае начало процесса с реактивной депрессии после смерти близкого человека: эта реакция с самого начала отличалась «чрезмерностью», «взрослостью», «безутешностью» и постепенно и без улучшения в состоянии трансформировалась в обострение шизофрении. В чем-то созвучна этой изначальной ранимости продолжающаяся реактивная лабильность состояния больного, его зависимость от внешних обстоятельств, «хрупкость», «ломкость» под влиянием психотравмирующих воздействий и просто – перемен в обыденной жизни. В остальном это как будто бы вполне типичный случай параноидной шизофрении.

Набл.2. Мальчик 13 лет. Бабка по матери описана ниже в разделе вялотекущей шизофрении (набл.10), она психиатрами не наблюдалась. Мать больного (набл.52) некритична к бреду своей матери: говорит, что не обращает на него внимания; настроена «сама лечить сына», считает, что пребывание в детском стационаре ему только навредило.

Мальчик с рождения был невероятно криклив, плакал днем и ночью, отличался плохим аппетитом и рано появившимися «странностями» в поведении и во всем своем облике: выглядел безучастным, держался уединенно, фантазировал, ни с кем не делился своими переживаниями. Услышав сказку про «Дива», «волшебника с рогами», стал постоянно его бояться и одновременно все время старался представить его себе; пугался темноты, но тянуло в места, где «может быть Див». Никому о «Диве» не говорил, пока (заболев уже явно) не перестал его бояться. Справлялся с учебными нагрузками, хотя по характеристике учителя был слишком нервным, необщительным и замкнутым, очень болезненно реагировал на школьные оценки.

В 9 лет появились многочисленные навязчивые, простые и более сложные, движения: дул на предметы вокруг; входя в магазин, обязательно касался незнакомых людей; перекрещивал бабушку; плевал на руки; передергивался, как если бы мешала одежда; ходил особым образом, не сгибая ног в коленях; издавал время от времени неясные гортанные звуки. В связи с навязчивостями родные обратились к психиатрам. Рассказал на приеме, что прежде боялся «Дива», его тени, видит ее и теперь, но она больше не пугает; о навязчивых движениях умолчал. Во время этого посещения смотрел *в* сторону, усиленно моргал, голос вне связи с разговором вдруг приобретал дурашливые ноты. Был назначен аминазин, затем мажептил. Лечение не дало отчетливого эффекта: одни навязчивости ослабевали, другие возрастали в силе – одно время стал меньше «дуть», но чаще «загребал руками», подергивался, начал по нескольку раз подряд подниматься на этаж и с него спускаться. Стал хуже учиться, «пропала память» на уроки. После отмены препаратов последние явления как будто бы уменьшились.

С 10 лет стал заметно бояться людей – в особенности взрослых ребят во дворе: не подходил к ним, подолгу стоял в отдалении. Стал черствее в отношении к домашним, безжалостно «мучил» их, без конца заставляя выполнять противоречивые, взаимоисключающие требования: «сядь-не садись», «дыши-не дыши» – при отказе следовать его командам возбуждался. Вновь был осмотрен в диспансере – был и здесь взбудоражен, прыгал, несколько раз без приглашения ворвался в кабинет к врачу, повторяя одни и те же фразы: «Я очень нервный», «я не люблю играть с ребятами», «люблю в страшные места ходить, где Див сидит!»

Был направлен в детский стационар. Здесь при поступлении жалуется на пустоту в голове; кажется, что кто-то идет за ним, зовет его по имени. Две-три недели был в постоянном движении, импульсивен, с массой навязчивостей; в последующем более спокоен, вял, жаловался на то, что у него «сохнут мозги», болит сердце. Был выписан, но вскоре вновь наросло возбуждение: приставал к девочкам, неожиданно разбил дома окно. В течение года после второй выписки к врачам не обращались. Учился на дому, кончил 5 классов. Избегал всяких встреч с людьми, обходил стороной дворовые компании, старался незаметно проскользнуть мимо, подолгу ждал в стороне, когда у подъезда никого не будет. Родители замечали вместе с тем, что он украдкой и с любопытством следит за тем, что делают во дворе его сверстники, наблюдал за ними «из укрытия». Продолжались навязчивости и разного рода стереотипии в поведении: «назойливо» задавал одни и те же вопросы, требуя одних положительных ответов, часами подряд бил мячом о стенку в комнате. Лечился несистематически и с незначительным успехом – френолоном и галоперидолом. Кончил в таком состоянии на дому 7 классов. В последнее время к прежним расстройствам присоединились новые: ищет всюду старую мебель, ходит по домам, предназначенным на слом, тащит оттуда всяческую рухлядь, совершенно захламил ею квартиру. Во время визита врача отказался к нему выйти, спрятался в темной кладовке, сидел там в напряженной, скованной позе: полусогнувшись, держа руки перед собой на коленях, с выражением затаенного страха на лице, не ответил ни на один вопрос врача (А).

Мы не считаем необходимым обосновывать диагностику там, где диагноз был выставлен не нами и где у нас нет к нему замечаний. Переходим к следующему случаю.

Набл. 3. Женщина 61 года. Отец – белорус, крестьянин, человек необщительный, «неласковый», любил выпить на чужой счет. Мать – еврейка, добрая, спокойная, выдержанная, «умная», «посвятила себя детям». Братья и сестры здоровы.

Себя характеризует в детстве веселой и «задорной», но это – в привычных, домашних условиях, на улице же вела себя стеснительно, «держалась на втором плане». Училась с ленцой, средне, но мечтала о дальнейшей учебе, хотела стать учительницей. Имела со школьных лет одну близкую подругу, с которой всем делилась, и, когда та вышла замуж и отдалилась от нее, стала доверять свои переживания одной матери.

В 17 лет уехала с сестрой в Москву, потому что отец запретил дальнейшую учебу и заставлял работать по хозяйству. Чтобы иметь рабочий стаж для поступления в институт, пошла на фабрику мотальщицей и проработала здесь 20 лет кряду. В 19 лет вступила в партию, была пропагандистом, проводила в цеху политбеседы и читки газет, училась в вечерней совпартшколе. Жила с сестрой. Мужских знакомств не было, что объясняла всем тем, что не имела своей комнаты и с ней – возможности выйти замуж. Много работала, уставала, после работы шла домой. Дружила на фабрике лишь с одной работницей, страдавшей тугоухостью: говорить с ней надо было очень громко и четко – другие от этого уставали, она нет.

Впервые заболела психически в 35 лет, в начале войны. Было необычное для нее приподнятое, радостное настроение: после короткого знакомства сошлась с офицером, который был «добрый и хороший, приносил фрукты». Через 2 недели состояние изменилось: сделалась тосклива, растеряна, повторяла, что ее муж умер, «с ним случилось плохое», плакала, «говорила сама не знаю что». Была стационирована, вскоре взята сестрой «под расписку», но дома оставалась тосклива, неподвижна – была возвращена в больницу. Ей казалось тогда, что у нее омертвели руки и ноги, что она лежит мертвая в гробу. Приступ в общей сложности длился около полутора лет. По выписке из больницы, по данным амбулаторной карты, была тосклива, в чем-то себя обвиняла; то говорила, что у нее пропало что-то важное на работе, то подозревала «мужа» в неверности, хотела идти к нему на фронт. Временами делалась особенно растеряна, испытывала страхи – состояние было вообще очень изменчиво. Несколько дней лежала, не вставала с постели, лежа пыталась покончить с собой: царапала горло ложкой, старалась проглотить ее, затянуться носовым платком; видела на стене «лейтенантов», портрет Сталина. Через неделю: возбуждена, бьет домашних, активно противится попыткам повторного стационирования. Еще через две недели: настроение повышено, с дурашливостью и «разорванностью речи»; через 3 недели вновь плачет, тревожна, растерянна: состояние сходно с тем, что было раньше. Временами «забывала о страхах», вставала, начинала заниматься хозяйством, но оставалась неразговорчива, медлительна, погружена в свои переживания. С 1944 г. – на инвалидности 3 группы.

С 1945 г. более стойкое улучшение, но не выздоровление: была вяла, мешкотна, настроение постоянно «скучное», все делала машинально; работала учетчицей, продолжала нести «общественные нагрузки». Жаловалась на бессонницу, раздражительность, головные боли, рассеянность. В 1949 г. – новое обострение: говорила, что ее окружают шпионы, что на фабрике ее презирают, делала что-то «помимо воли». Была стационирована. В больнице казалось, что она мертва и мучается в аду. Лечилась инсулиновыми шоками, после этого еще несколько недель была вяла, подавлена, боялась возвращения на работу.

В следующем году новый приступ: после неприятности на фабрике (?) внезапно возбудилась, речь утратила связность, смеялась и плакала без видимого повода, не спала, испытывала страхи. Помещенная в больницу, была резко возбуждена, дурашлива, временами – злобна и агрессивна, срывала с себя одежду, отказывалась от еды. В выписке указано, что имелся фантастический бред, больная повторяла слова окружающих. Пробыла в больнице 4 месяца. После выписки слышала дома оклики и «голоса», требовавшие от нее, чтобы она шла куда-то, что-то покупала, – не хотела им подчиняться, но некоторые из «приказов» выполняла. Ощущала повсюду запахи лука и керосина. Обычно была вяла, подавлена, но временами настроение было, напротив, приподнятое – тогда много говорила, «гримасничала», восхищалась яркими цветами на платьях окружающих, упрашивала обменяться с ней одеждой, *бегала* по комнате, прыгала с пола на кровать и обратно. В одном из таких обострений в 1951 г. стационирована: по выписке, была в больнице вначале возбуждена, затем бездеятельна, «эмоционально тупа».

В течение последующих 10 лет, с 1952 по 1962 год, в больницу не помещалась, работала. Почти непрерывно слышала голоса, разговаривала с ними по ночам, ощущала посторонние запахи. Стационирована в 1962 г. в связи с усилением голосов, которые «стали лезть в голову». Была тогда возбуждена, говорила, что на фабрике над ней смеются, издеваются, называют ее симулянткой, лентяйкой; ходила по цехам, говорила, что все сгорело, за ней следят, ее «посадят». Около полутора месяцев была в больнице, выписана в состоянии с вялостью и голосами, слышимыми то в большей, то в меньшей степени.

Повторное ухудшение – через 2 года, в 1964 г.: сделалась резко раздражительна, злобна, подала жалобу на соседку. Спустя сутки-двое возбуждение наросло: перестала спать, громко пела по ночам, выбегала в коридор, обнажалась, сопротивлялась при стационировании. При поступлении в больницу хохотала, тут же плакала, испытывала зрительные и слуховые галлюцинации: видела на стенах ангела с ребенком, красивые фигуры, слышала голоса родных, бывших будто бы рядом. Через неделю рассказала, что ей казалось, что она была в аду, видела чертей. Пробыла в больнице месяц, выписана и вскоре возвращена в состоянии резкого возбуждения: дома вбежала к беременной соседке, причитая: «Родила, родила!», схватила ее за живот, распахнула окно,

начала выкидывать на улицу соседские вещи. В больнице пела, плясала, называла себя «Руслановой»: она будто бы находится в театре, идет представление, актеры загримированы под больных, каждый играет свою роль. Пища имела неприятный вкус, вода пахла керосином.

Повторное поступление – через 4 года в 1968 г. Новые соседи рассказывают, что в течение года до этого они ничего особенного за ней не замечали: она была энергичной, бодрой, услужливой, разговорчивой, хотя о себе и своем прошлом говорила уклончиво, «вкратце». Сама говорит, что в течение этих 4 лет «голосов» не было. Обострение вновь началось с резкого возбуждения: перестала спать, пела, плясала, бранилась с соседями, бегала по квартире, срывала с себя одежду, стремилась к окну, дралась, когда ее удерживали. В больнице в первый день застывает, отходит в сторону, когда к ней обращаются, совершает руками одинаковые вычурные движения, прислушивается к чему-то, издает непонятные звуки. В последующем возбуждена, бегает по отделению, размахивает руками, что-то выкрикивает. Видела в это время сцены из театральных произведений Маяковского, сама будто бы играла роль в пьесе «Баня». Слышала голоса родных, которые ругали и оскорбляли ее, грозили убить.

Выписана была, со слов соседей, «недолеченной»: в течение последних полутора лет ведет себя дома странно. Находясь в комнате соседей, может, например, неожиданно вскочить и выйти, затем тут же вернуться; является к ним без спроса, говорит только, что хочет посидеть с ними. Ничего не может решить сама: во всем спрашивает совета. Такое состояние у нее и на момент осмотра. Говорит, что у нее плохое настроение, «иной раз хочется умереть», «скучно», «пошла бы да не знаю куда», иногда же хочется жить: «тогда иду, гуляю, штопаю». О себе говорит скупо, коротко, выглядит пассивной, временами – подозрительной, боится, что ее поместят в больницу. Сведения анамнеза дала неполно и неохотно, отрицала наличие «голосов» в настоящем. Острые состояния в прошлом вспоминает как болезненные: «теряю сознание, не знаю, что делаю». Регулярно принимает трифтазин, имеются симптомы его передозировки (А).

Течение болезни и характер обострений характерны более для периодической шизофрении, но длительные состояния с псевдогаллюцинозом свидетельствуют о тенденции развития болезни в сторону ее непрерывного, неблагоприятно текущего полюса. Симптоматика в целом, если отвлечься от циркулярного аффективного синдрома, – из шизофренического круга расстройств, чего нельзя сказать о следующих трех случаях, которые можно назвать краевыми, поскольку они в той или иной мере и по разным причинам «атипичны» для шизофренической болезни.

Под краевой атипией здесь и далее подразумевается патология, не укладывающаяся в рамки одного изначально принятого нами широкого диагностического деления (шизофрения, эпилепсия, олигофрения и т. д.), но включающая в себя симптомы других «кругов наследования». Такая атипия обуславливается несколькими типовыми обстоятельствами. Во-первых, допускается наличие больных-«микстов», страдающих двумя и более психическими заболеваниями, из которых каждое выглядит самостоятельным и «накладывается» одно на другое. Это «маньяновский» вариант: поскольку этот автор уделял, одним из первых, много внимания именно такому сочетанию и взаимодействию болезней. Во-вторых – случаи, когда эндогенное психическое заболевание предположительно «развивается на чуждой ему конституциональной почве»: здесь «вторая эндогенная составляющая» не развернута, а существует в виде «фонового рудимента». Такими больными занимались советские психиатры 30-х годов, когда изучали, например, «шизофрению, развивающуюся на эпилептоидной почве». Наконец, в-третьих – и не в-последних – случаи, в которых такая атипия вызвана не взаимодействием двух самостоятельных, существующих порознь эндогенных факторов, но является как бы их сплавом, амальгамой, сцепленно наследуемым гибридом, обладающим качественно новыми, в сравнении с чистыми формами, признаками. Такие варианты наиболее трудны для диагностики и интерпретации клинических данных в рамках существующих классификаций, состоящих из принципиально несовместимых категорий, альтернативно исключающих одна другую. Именно за такими психозами в психиатрии закрепилось наименование атипичных – ими занимались все видные клиницисты конца прошлого – начала нынешнего века: в эту группу первоначально входили и «смешанные состояния» Крепелина, и атипические психозы Клейста, и «шизоаффективные психозы», и «шизоэпилепсия» советских авторов 30-х годов.

Случаев такого рода, и по сей день не укладывающихся в рамки существующих нозологических типов, по разным оценкам – от 1/3 до 1/4 всех психозов (см., напр., у C. Astrup, сводка литературы по Н. М. Кролю и Л. И. Бонгарду). Систематика, в которой нет места такой доле наблюдаемых феноменов, заведомо порочна и несостоятельна, но к подобному результату приводит любой чересчур последовательный «нозологический» принцип в психиатрии эндогений, ставящий в основу классификации «чистые» типы и неизбежно вытесняющий на периферию диагностического поля все промежуточные, «атипические». Эта несостоятельность дискретных нозологических систем породила известную дискуссию начала века между нозологической и конституциональной школами в немецкой психиатрии (Каннабих2). Эта дискуссия, о которой мы не можем здесь останавливаться, имеет самое прямое отношение к популяционным исследованиям, поскольку именно при них становится особенно наглядна неполноценность дискретных, альтернативных, взаимоисключающих классификаций в психиатрии: здесь напрочь отсутствует какой бы то ни было предварительный и тенденциозный отбор психической патологии, присутствующей в населении, и она изучается во всей ее полноте и «природной неупорядоченности».

Нижеследующее наблюдение, по всей вероятности, относится к тому, что прежде называлось «шизофренией на эпилептоидной почве».

Набл.4. Женщина 65 лет. Из крестьян Рязанской области. Дед – эпилептик с большими судорожными припадками. Отец – алкоголик; пьяный был агрессивен, грозил повесить жену и мать; умер в преклонном возрасте. У сестры абсансы, брат спился. Дочь описана ниже в разделе вялотекущая шизофрения, развившаяся на фоне астенических последствий туберкулезного менингита (набл. 12).

Характеризует себя с детства подвижной, веселой, «сорвиголовой», любила играть с мальчишками, лазала по деревьям. В 8 лет упала с дерева, ушибла голову, была кратковременная потеря сознания. В молодости оставалась беспечной, пела и плясала, но любила школу, чтение. В течение семи лет жила в Москве в домработницах – за это время кончила вечернюю школу и поступила на юридический факультет университета; вышла замуж.

Плохо себя почувствовала впервые в возрасте 27–28 лет, во время беременности. Появились приступы головных болей, настроение стало неустойчивым, менялось по незначительным поводам. На лекции после мелкой неприятности вдруг разрыдалась, «была истерика». В родах «свело судорогой» ноги, ребенка «выдавили». После родов ноги «отнялись» и были «как плети» в течение 3,5 месяцев, после чего движения в левой ноге восстановились полностью, правая же еще долго «подламывалась» при ходьбе и до сих пор в ней частые мышечные судороги.

Первое явно психотическое состояние – в возрасте 30 лет. Беспричинно упало настроение, плакала, выглядела растерянной; говорила, что слышит, как ее окликают, что она ощущает запах кала; казалось, что «переворачиваются» мозги, «кожа отстает от тела», что за ней кто-то ходит; не спала. Была постоянно готова плакать, слезы «лились ручьем». С тех пор стоит на учете в диспансере с диагнозом шизофрении: с 1935 г. – «вялотекущей», в последние годы – «приступообразной».

Лечилась ежегодно с 1935 по 1939 год по поводу состояний, сходных с описанными, случавшихся обычно весной и осенью. В промежутках между ними кончила, с помощью мужа, университет, начала работать юристом, но была переведена на группу инвалидности после очередного рецидива: говорила тогда, что руководитель учреждения плохо к ней относится. С 1941 г. не работает, воспитывает ребенка.

В 1941 г. после известия о смерти отца «упала без чувств», казалось, что на нее «все лезет». Подобное состояние повторилось в том же году после получения повестки о гибели мужа: на нее вновь «полезли» предметы мебели; столы и стулья «лезли ножками», пряталась от них под кровать; не все помнила из происшедшего – ей говорили потом, что она была буйной, «невменяемой». Осталась одна без поддержки родственников, начала посещать лечебно-трудовые мастерские при диспансере, работала там до недавнего времени. Приступы продолжались ежегодно и были аналогичны первому: делалась тосклива, плакала, была то более заторможена, то тревожна и беспокойна, ощущала всякий раз запах кала, казалось, что его чувствуют и окружающие и думают, что он исходит от нее, становилась на расстоянии от людей, загораживалась от них рукою. Жаловалась, что у нее «отстает кожа», что по телу ползают насекомые; что-то вдруг «ударяло в голову». Бывали и зрительные галлюцинации: в ЛТМ не раз казалось, что к ней с мотора тянутся «лохматые руки», на материал кладут «горы денег». К этим видениям относилась как к пророческим: считала, например, что деньги принесут смерть. Лечилась врачом ЛТМ, не стационировалась, продолжала воспитывать дочь, опекала ее и в обострениях болезни. В светлых промежутках, по записям в карте ПНД, производила впечатление «сниженной», дурашливой, легко и безудержно смеялась; в таких состояниях галлюцинаций не было. В 1949 г. ненадолго помещалась в психиатрическую больницу – в выписке отмечена лабильность состояния больной и зависимость его от внешних обстоятельств.

В годы с 1945 по 1960-й постоянно напряженные отношения с соседями. Из заявления последних (1952 г.): больной кажется, что о ней говорят, делают ей гадости, бросают веревки в суп. Когда «находит» их, то делается «неуправляемой»; подходит к дверям жильцов, подолгу слушает, о чем они говорят, ругает их, называет «аферистами», «сифилитичными»; без конца кипятит воду и остужает ее, «все время что-то стирает». В беседе с врачом диспансера все это отрицает, обвиняет соседей в злонамеренности: они будто бы захватили места общего пользования, прежде всего – ванну.

После переезда в отдельную квартиру стала спокойнее, очень дорожила полученным жильем. Живет в последние годы с дочерью и внучкой. Приступы болезни продолжаются с прежней регулярностью, но теперь они не столь бурные, как прежде, и касаются более всего настроения: оно «то ничего, то вдруг начинаю плакать и реву два месяца» – оставалась всякий раз дома. Между этими состояниями настроение скорее повышено: энергично ведет хозяйство, много времени проводит с внучкой.

В беседе многословна, оживлена: с детскостью, с ребяческими интонациями рассказывает о себе, о том, какой «бесшабашной» была когда-то. Доступна лишь относительно части перенесенных расстройств – которые сама расценивает как болезненные: тоска, слезы, галлюцинации, но утаивает, например, от врача отношения со старыми соседями и свою повышенную брезгливость. Диспансер посещает редко, лекарств не принимает (А).

Отягощение семьи этой больной эпилепсией очевидно. Несомненно также, что она страдает шизофренией – или шизофренным симптомокомплексом, в большей части расстройств идентичным собственно шизофрении: бред отношения, преследования и заражения, в последние годы постоянный; дурашливость в гипомании, речевые стереотипии, недоступность в отношении болезненных переживаний – достаточное тому подтверждение. Но некоторые аспекты ее болезни, касающиеся прежде всего периодических обострений-фаз процесса и реакций больной на психотравмирующие обстоятельства, обнаруживают иные свойства, «атипию», не вполне свойственную рядовой шизофрении и характерную, скорее, для «шизоэпилепсии», «шизофрении,

протекающей на эпилептоидной почве», или «эпилептоидно окрашенной шизофрении со стойкой наследственной передачей признаков» (Rudin, цит. по Т. И. Юдину): все эти обозначения – видимо, синонимы.

В аффективных фазах обращает на себя внимание стремительность возникновения «плачущих» депрессий («вдруг начинаю плакать и реву два месяца»): подобная пароксизмальность развития аффективных фаз свойственна, по мнению H. Mitsuda, атипическим психозам, находящимся в зоне взаимоналожения шизофренического и эпилептического кругов наследования и обусловленным, по его мнению, совместным действием обоих наследственных факторов. Необычен для «рядовой» шизофрении и элементарный, «органический» характер сенестопатий в депрессиях: «ползающие» по больной насекомые, «отслаивающаяся кожа». Подобные особенности психоза описаны при «шизофрении, протекающей на фоне эпилептоидной психопатии» у довоенных отечественных авторов: один из больных такого рода, описанный Г. Н. Момот, столь же однообразно и упорно жаловался на образование «пузырей под кожей». Вообще шизофренические сенестопатий «на эпилептоидном фоне» отличаются предметной конкретностью, скудостью и повторяемостью жалоб – в отличие от меняющихся, аморфных и путаных описаний, более характерных для шизофрении: в этом они схожи с органическими заболеваниями мозга. Для таких шизофрении характерны также зрительные галлюцинации (М. А. Слободская; Е. Н. Каменева1), наличествующие и у нашей больной: «лохматые руки» и «горы денег», имеющие тенденцию идентично, аурально повторяться и дающие начало «вещему» бреду – бреду предчувствия и провидчества. Последние формы бреда тоже свойственны не столько «обычным шизофреническим», сколько «глубинным» (в понимании F. Minkowska) механизмам бредообразования, мобилизующим «архаические слои психики», которым свойственны «ониризм и визионерство». В одном из случаев, описанных М. А. Слободской, больной тоже неоднократно видел «собачьи головы» и видения эти обладали для него магической силой пророчества.

Готовность к зрительному галлюцинированию проявляется у нашей больной и вне обострений эндогенного психоза, под воздействием психотравм: это описанные выше, развивающиеся после получения тяжелых известий, реактивные истероформные состояния. Квалификация их «истерическими» сугубо описательна и малоинформативна: в данном случае «истерия» является, по-видимому, маской редуцированной аффект-эпилепсии, которая провоцируется моральными потрясениями, частично амнезируется и выглядит как реактивные истерические сумерки.

(Остается неясным характер двигательных нарушений в родах и после них. Возможно, имела место спинальная патология, обусловленная нарушением кровообращения в родах; менее вероятен и недоказуем «истерический» нижний парапарез, но, по-видимому, в любом случае можно говорить о некой «неврологической ранимости», «уязвимости», которая отличает шизоэпилепсию, часто стигматизированную чертами «органической врожденной неполноценности нервной системы».)

Далее атипичный случай несколько иного рода, но сходный с предыдущим: речь снова идет о сочетании эпилепсии (на этот раз «симптоматической») и шизофрении, причем последняя вновь как бы нагоняет, опережает и завершает эпилепсию в развитии и в формировании единой картины страдания.

Набл.5. Женщина 59 лет. В роду психические болезни неизвестны. Отец и мать умерли в преклонном возрасте. Братья, сестры и дети больной (их четверо) здоровы; один из сыновей, попавший в выборку, отнесен к группе шизоидов: он странноват на вид, гипомимичен, «таращит глаза», к матери относится явно холодно, при враче попрекает ее своими заботами.

Сама больная из крестьян Тамбовской области, из многодетной необеспеченной семьи. Училась два года, рано начала работать в сельском хозяйстве. О характере в юности – ничего достоверного. Известно, что рано вышла замуж, ссорилась с муже 1, развелась с ним, вскоре вышла замуж во второй раз. Работала продавцом.

В 1942 г. сильно ушибла голову: упала поскользнувшись. Потеряла сознание, попала в больницу, не помнит, что с ней было в течение нескольких дней. В последующем остались головные боли. Примерно с 1950 г. стала повышенно раздражительна, забывчива, не помнила, куда положила ту или иную вещь; работая в кассе, забывала взять сдачу. Переехав к сыну в Москву, устроилась дворником. В том же году появились «обмороки»: «наплывало на глаза», был туман, «мушки» перед глазами, теряла затем сознание. Поднимали посторонние – тогда, очнувшись, не знала, что с ней произошло. Иногда такие состояния не кончались падением, а только «шла как в тумане», «как во сне». Однажды, сев в трамвай, поехала к сестре, но оказалась в ином и неизвестном ей месте, вынуждена была спросить обратную дорогу.

В 1961 г. – первое психотическое состояние: внезапно показалось, что идет война, бомбардировка, ощутила жжение в теле, начала кричать, свистеть, вызывать милицию; была стационирована в больницу им. Кащенко. В больнице мысли о «войне» вскоре прошли, но долго оставалось «жжение», жаловалась на него, была подавлена, ипохондрична, залеживалась, боялась, что ее отравили, хотя врачам этого не говорила. Помнила затем все свои переживания в болезни. После выписки тут же была возвращена в больницу: вновь появились неприятные ощущения в теле, была уверена теперь, что ее отравляет сноха, неохотно говорила об этом на врачебном приеме, монотонно жаловалась на неприятные ощущения в теле. Получила 2-ю группу инвалидности с диагнозом «травматическая энцефалопатия с психозом».

После этого в течение 9 лет не стационировалась. Была пассивна, часто – подавлена, жаловалась на слабость, неприятные ощущения в теле. Выполняла домашнюю работу, во всем подчинялась снохе. Периодически бывали прежнего характера «обморочные» состояния. Перед стационированием в течение некоторого времени жаловалась на головные боли, раздражительность, затем вновь стала ощущать жжение в теле и считать, что ее

отравляет сноха, говорила об этом уже во всеуслышание, выглядела враждебной. Сама напросилась в больницу.

При поступлении тревожна, со скорбным выражением лица. Короткими, не связанными между собой фразами жалуется на то, что у нее: «внутри все горит… озноб… вся замерзаю… часто мочусь…» – говорит только это. Потирает руки, теребит халат. Сказала, что подозревает сноху в том, что та принесла ей недоброкачественные продукты, хотя и допускает затем, что это ей показалось. Просит полечить ее «хорошими лекарствами», направить на рентген желудка, который у нее «очень болен». В отделении держится в стороне от других больных, тревожна. Говорит только, что очень больна, что ее нужно показать специалистам, «твердит» одно и то же.

Улучшение на лечении галоперидолом и седуксеном: стала через 2 недели «спокойна, ровна, тепло встретила родных», говорила, что ей «все показалось». Была выписана на поддерживающую терапию люминалом и элениумом. Диагноз больницы прежний.

После выписки вскоре возвращена в больницу: вновь убеждена, что сноха ее отравляет и у нее от этого портится желудок – возможно, что больна раком желудка. Описываются также приступы с быстро развивающимся ознобом, туманом перед глазами, жжением в теле; лечение прежнее.

После новой выписки живет в течение нескольких месяцев дома. Остается подавлена, малообщительна, опасается снохи, хотя открыто своих подозрений не высказывает. Боится, что у нее рак, выражает желание обследоваться, но от посещения врачей отказывается. Ведет уединенный образ жизни, уверена в том, что сын под влиянием снохи хочет от нее избавиться; думает, что надо искать себе новое жилье, хотя ничего в связи с этим не предпринимает.

В беседе медлительна, неразговорчива, боится врача, долго не верит разъяснениям относительно причин его прихода. О себе сколько-нибудь последовательно не рассказывает, удается только выяснить, что больная уверена, что у нее рак, с которым она связывает жжение в подложечной области. К снохе и сыну относится с видимой опаской, боится говорить в их присутствии, но и без них не делается более доступной, говорит о себе несвязно, урывками. В датах ошибается, называет их необязательно и приблизительно, с трудом сосредотачивается для более точного ответа (А).

И в данном случае возникает проблема шизоэпилепсии, хотя в несколько ином ее ракурсе. Оба состояния, эпилептическое и шизофреническое, существуют здесь (во всяком случае, феноменологически) самостоятельно, независимо одно от другого, причем эпилепсия выглядит травматической, симптоматической и никак с «последующей» шизофренией не связанной. (Кажется, только «жжение», наблюдающееся в структуре как депрессивно-бредовых фаз, так и эпилептиформных приступов, объединяет оба заболевания на симптоматическом уровне.) Проблема шизоэпилепсии многолика, и, поскольку она часто встречалась в нашем материале, мы позволим себе дать о ней краткую литературную справку.

Шизоэпилепсия, сочетание шизофрении и эпилепсии, на первый взгляд парадоксальное, признавалось всеми серьезными авторами, занимавшимися вопросом. Как это обычно бывает, явление это прежде всего попытались разложить на составляющие, придать проблеме если не более понятный, то более упорядоченный вид: как если бы, разделенная на варианты, она утрачивала большую часть своей неясности. Mayer-Gross (цитируем по Е. Н. Каменевой1) находил следующие возможные варианты: 1) комбинация двух эндогенных процессов, 2) шизофреническая окраска (обусловленная соответствующим предрасположением) атипичных эпилептических сумеречных состояний и 3) сочетание шизофрении и симптоматической эпилепсии (наша больная по Mayer-Gross относится, по-видимому, именно к этой последней разновидности). Т. А-. Гейер (источник цитирования тот же) находил в случаях шизоэпилепсии: 1) органические заболевания с двойной шизофренной и эпилептиформной симптоматикой, 2) комбинацию шизофрении с симптоматической эпилепсией, 3) психогенные шизоидные реакции у эпилептиков и 4) шизофрению или эпилепсию на «гетерономной почве». Любопытно, что в своей программной работе о нозологической специфичности – а вернее, неспецифичности – психопатологических синдромов А. В. Снежневский в конце статьи приводит, без диагностических комментариев, два именно таких случая сосуществования двух больших патологий: последовательное развитие психической эпилепсии и затем шизофрении у одних и тех же пациентов.

Нетрудно заметить, что все названные варианты исходят из презумпции изначальной независимости двух начал в составе «двойного» страдания, имеющих самостоятельное происхождение каждое и лишь сочетающихся в той или иной пропорции. В отличие от этого подхода, Тюбингенская конституциональная школа (Gaupp и др.), оспаривая принцип дискретности наследственных психических заболеваний, считала возможным говорить о внутреннем родстве и переходных формах, связующих оба наследственных единства. Это родство сказывается и в феноменологическом континуитете обоих заболеваний, в непрерывности расстройств на симптоматическом уровне: даже отдельные симптомы бывает трудно отнести категорически к исключительно шизофреническому или эпилептическому ряду в единой цепи патологии. Такими бывают шперрунги, которые в ряде случаев трудно отличить от абсансов, психосенсорные расстройства в рамках психосенсорной эпилепсии М. О. Гуревича, протекающие на фоне ясного сознания и трудно дифференцируемые от периодически возникающих дереализационных состояний при шизофрении, – такими же могут быть столь частые в психиатрической клинике вегетативные кризы и приступы.

Возвращаясь к нашему случаю, заметим, что, формально говоря, он более всего сходен со случаями травматической шизоэпилепсии, описанной, например, Л. П. Лобовой или А. Т. Маслиевым и В. К. Скобниковой. Первая исследовательница принадлежала к локализационистской школе советских психиатров,

привязывавшей всякую психическую патологию к определенному, очаговому или общему, но органическому по своей сути мозговому страданию. По этой концепции и шизофрения и эпилепсия в подобных смешанных случаях являются следствием органического поражения головного мозга: не столько движения первичного очага, сколько последующей хронической общей и прогрессирующей нейродистрофии и нейродегенерации. Шизоэпилепсия как следствие органических заболеваний головного мозга, в частности – разных форм сифилиса, действительно давно известна: старые авторы предлагали в ее присутствии исключать прежде всего это заболевание. То же, хотя и в несколько ином и смягченном варианте, но тоже вполне обоснованно, говорили о ревматизме и коллагенозах в целом и патологических очагах височной локализации. Одно из сравнительно недавних исследований такого рода касается хромосомных аберраций (L. Razavi): материал здесь необычно для психиатрии чист и близок к эксперименту. Поскольку никто не мешает нам сделать это, изложим результаты данного сообщения.

Речь идет об анеуплоидии по половым хромосомам: формах XXY и XYY, имеющих высокую частоту эпилептиформных расстройств с преимущественно левовисочными ЭЭГ-очагами и левосторонними же гистологическими находками (чаще всего – гамартомами и пороками развития сосудистой сети). Превалирование расстройств слева объясняется более длительным созреванием доминантного полушария и, следовательно, большей уязвимостью его в отношении разных вредных воздействий. Болезнь начиналась в раннем детстве: с частых припадков, затем с высокой (не сказано какой) частотой развивался шизофренный синдром, клинически не отличимый от генуинной шизофрении: развитие его свидетельствовало о тяжести процесса и его неуклонном прогредиировании.

Утверждения о чисто экзогенной, органической природе эпилептиформных и особенно – шизофреноподобных состояний наталкиваются обычно на констатацию соответствующего, эпилептоидного или шизоидного, отягощения в семьях больных, что ведет к признанию по меньшей мере двойственной, эндо-экзогенной природы таких состояний. Возвращаясь к нашему случаю, заметим, что если эпилептическая наследственность у больной ни в чем не проявляется, то парамимичный шизоид-сын, попрекающий мать своими заботами о ней, очень подозрителен на носительство «шизофренического задатка». Эпилепсия здесь действительно выглядит как симптоматическая: ей предшествует длительный период травматической энцефалопатии с развитием психоорганического синдрома, но едва ли не всякая симптоматическая эпилепсия подозрительна на эндоэкзогенную – вопрос лишь в том, в какой пропорции стоят органический ущерб мозга и реализация эпилептического предрасположения. Пароксизмы у больной полиморфны: это эпилептические псевдообмороки, амбулаторные автоматизмы, приступы со сновидным, частично помраченным, сознанием, но изменения личности лишены травматической и эпилептической вязкости, торпидности, медлительности, взрывчатости. Психоз, с небольшими оговорками, типичен для шизофренического. «Оговорки» эти могут относиться к монотонному и скудному характеру сенестопатий, сверхострому развитию расстройств в первом психотическом состоянии и «обезличенности», всеобщной катастрофичности его содержания: «война, бомбардировки» – все это может наблюдаться и при «рядовой» шизофрении. Состояние в последние годы: с постоянным, направленным против близких бредом преследования и отравления, стойкой канцерофобией, вялостью, пассивностью, уходом от реальности, избеганием ее – характерно для шизофрении; пароксизмальный же ряд расстройств со временем сходит на нет и ограничивается теперь, кажется, одними «обмороками». Больная наблюдалась до сих пор с диагнозом травматический психоз, но мы взяли на себя смелость представить ее в настоящем разделе. Ее можно было поместить и в разделе эпилепсии – если считать, что эпилептический синдром в данном случае (как и во многих других тоже) явился реакцией на внешнюю вредность изначально неполноценного мозга, предопределившего также развившуюся в последующем шизофрению. В таком понимании и эпилепсия и шизофрения являются лишь звеньями или этапами одного и того же мозгового страдания, а «шизофрения эпилептоидов» – манифестной шизофренической фазой «единого нейродегенеративного процесса», развивающейся на фоне последствий его «органической» ступени, которая «отзвучала, но успела эпилептоидизировать психику».

Атипия следующего случая еще призрачнее, но оттого не менее реальна. Речь здесь, равно как и в других сходных ситуациях, идет о возможности участия стертого аутоиммунного (?) воспалительного (?) процесса в развитии шизофреноподобного состояния – также приобретающего в связи с этим эпилептоидную или «органическую» окраску; над подобными наблюдениями «стоит тень мозгового ревматизма».

Набл.6. Мужчина 30 лет. Мать страдала ревматизмом, умерла «от водянки»; была очень аккуратной, энергичной, хозяйственной: дом был целиком на ее попечении. Сестре 27 лет; она была «умницей», заботливой по отношению к домашним; работала после окончания школы на фабрике; в 21 год, после того, как сдала кровь в качестве донора, перенесла психоз: быстро наросло возбуждение, нецензурно бранилась, ругала родных, убежала из дома, была стационирована. Приступ длился полгода – по его завершении заметили, что больная переменилась в характере: стала нерешительна, замкнута, «словно чего-то боялась», «не высказывала своего мнения, как прежде», «подурнела», «стала грубовата»; живут теперь с мужем неровно, часто ссорятся. Брату 22 года, он «уравновешенный, целеустремленный», кончил техникум, институт, у него «все в жизни по порядку». Был еще брат, умерший в полтора года, и сестра, умершая в 5 лет от воспаления легких, сопровождавшегося мозговыми явлениями, когда она «никого не узнавала».

Сам больной в детстве был «очень спокойным и очень способным», учился на «отлично», хотя мало занимался: «все запоминал с лету». В 13 лет на него сильно подействовала смерть матери: он «очень многое

передумал», долгое время оставался задумчив, стал после случившегося «серьезнее, сознательнее и обидчивее», болезненно переживал теперь домашние неурядицы. Отец ушел на какое-то время к другой женщине, оставил детей одних – больному было неприятно видеть его «унижение», и он вместе с сестрой ходил к отцу, убеждал его вернуться. Отмечает у себя с тех же пор особого рода скрытность, закономерно сменяющуюся словоохотливостью: пока думал о чем-либо важном и не имел готового решения, никогда не делился своими мыслями о предмете, но «зато потом, когда надумаешь, выложишь все, как яичко» – рассуждал при этом, по его мнению, особенно красноречиво и убедительно. После школы пошел в армию. Здесь в течение года служить было легко, был произведен в сержанты. Последующее заболевание связывает с недосыпанием, с частыми ночными дежурствами. Вначале почувствовал необычного рода недомогание: болела поясница, беспокоили сердцебиения, которые его сильно встревожили: «творилось что-то непонятное», перестал спать. Пытался лечиться гимнастикой, затем обратился к врачу. Был на время освобожден от караулов – затем, когда болезненные явления «вроде бы прошли», вновь начал дежурить. В это время состояние резко переменилось: испытал необыкновенный подъем и прилив сил, стал много и ясно мыслить, с легкостью решал математические задачи, которые были недоступны ему прежде. Стал будто бы особенно хорошо играть в шахматы: видел не только свои ходы, но и ходы партнеров, делал их за товарищей, говорил им, что чувствует в себе особый шахматный дар. Затем возникло ощущение, что он может влиять на расстоянии на других: солдаты в казарме засмеялись – это он вызвал их смех. Обратил внимание на то, что волосы его не расчесываются, «стоят дыбом», понял, что и это – от исходящего от него «магнетизма». Наконец среди маневров с особенной, кристальной ясностью понял, что его начальник – шпион, и закричал солдатам, чтобы те в него стреляли. Этого никто не расслышал: возможно, он «прокричал» это про себя. В последующие 2–3 недели оставался в части, продолжал службу, не делясь ни с кем недавними переживаниями; иногда начинал в них сомневаться, в другое же время они представлялись ему неоспоримыми. Ему говорили, что он необычно выглядит, спрашивали причину этого. Рассказал о своем состоянии, только когда оно прошло, и тогда, «задним числом», по миновании психоза, был стационирован. В больнице понимал болезненность происшедшего с ним, тяготился обстановкой, упрашивал врача не губить его, не ставить «плохого» диагноза.

После экспертизы (была диагностирована вялотекущая шизофрения) вернулся к родным на Украину. В течение двух лет «не мог прийти в себя», «сосредоточиться»; по рассеянности попал под машину – отделался легкими ушибами. Сразу же не сложились отношения с новой женой отца: она раздражала – равно как и сам отец; несмотря на все уговоры не делать этого, переехал к дяде в Молдавию, устроился рабочим на рыбозаводе. Вел уединенный образ жизни, много спал, днем тянуло в кровать, работал с усилием, «совсем не было бодрости». Никому не рассказывал о своем заболевании, предпринял меры предосторожности, чтобы дядя не узнал о нем от отца. Затем незаметно, исподволь, окреп, стал общительнее, активнее, начал работать киномехаником. Сблизился с гостившей в тех местах москвичкой, ходил к ней в гости, уверенно чувствовал себя в ее доме. Женился на ней и переехал в Москву, устроился слесарем на завод, начал готовиться к поступлению в институт. Через несколько месяцев душевный подъем закончился: утратил былую уверенность в себе, стало казаться, что теща догадывается о его болезни, настраивает против него дочь, видел какие-то признаки этого в поведении обеих. Стал следить за каждым своим поступком и особенно – за движениями, которые могли его выдать, так как изменились после болезни, стали не вполне управляемыми: он не так брался за вещи, не так их ставил – казалось, что и другие видят это. Убедился окончательно в том, что жена – заодно с матерью, догадался, что она вышла за него не по любви, а лишь для того, чтобы скрыть в браке половую жизнь до замужества: было «очень горько». Развелся с женой и ушел от нее, чему та не противилась. Чтобы получить жилье, устроился водопроводчиком в жилищную контору. В течение двух лет живет один, ведет уединенный образ жизни, не сходится близко с товарищами по работе, «не хочет пьянствовать» с ними, но охотно ведет в профкоме общественную работу: любит проводить там время, дает посетителям советы разного рода, входит в их положение. Регулярно делает профилактические обходы квартир, в которых не ограничивается досмотром труб и сантехники, но любит, пусть коротко, но поболтать с хозяевами. В одной из квартир «очень жалеет» растущую без отца девочку, носит ей конфеты и, видимо, сошелся с ее матерью. Сейчас эта женщина, имеющая в прошлом судимость, решила «женить его на себе» и подала на него в суд на алименты как на отца ее ребенка, что он категорически отрицает как невозможное по срокам. Зарекся с тех пор связываться с такого рода женщинами, боится ее связей с уголовным миром.

Несмотря на все эти неприятности, чувствует себя в последнее время бодро, сам удивляется этому, но отмечает, что эта новая бодрость не та, что была прежде. У него теперь, даже в хорошем настроении, остается неуверенность в себе: он постоянно помнит, что перенес психическое заболевание, и под этим углом зрения смотрит на все последующие события своей жизни. Признавая сам факт болезни, те или иные ее проявления склонен объяснять внешними обстоятельствами, чаще всего – переутомлением. Не ко всему в болезни относится с равной критикой: уверен, например, что жена и теща в самом деле догадывались о его заболевании и были в сговоре против него. Постоянно занят мыслями о том, как получить «чистый» военный билет и стереть таким образом последние следы своего пребывания в больнице. Снова собирается поступать в институт, самостоятельно готовится к этому, но занятия продвигаются очень медленно. В свободное время любит гулять в лесу, где собирает листья, шишки: в комнате у него – «висячие сады» из листвы и хвои. Изредка встречается с девушками, приглашает их в кино, но домой к себе не водит. Опекает теперь семью дворничихи, которая одна воспитывает двоих детей, сочувствует им: глядя на них, вспоминает собственное детство.

В беседе вполне откровенен и доступен; речь гладкая, точная, интонации ее повествовательны, «философичны». Делается заметно недоволен, когда его прерывают: «должен изложить мысль до конца». Несколько медлителен. Своими движениями действительно останавливает на себе внимание. Собственно неловкости, угловатости нет – моторика растянутая, с характером демонстративности: словно он, находясь в центре внимания, чувствует на себе общие взгляды и отслеживает каждое свое движение. Благожелательно отнесся к обследователю, хотя, по его словам, всю жизнь «бегает от психиатров»: для этого сначала переехал к дяде в Молдавию, потом от него – в Москву. (По-видимому, не поддерживает ни с кем из родных даже письменных отношений.) Об окружающих отзывается достаточно дружелюбно, но с позиций стороннего наблюдателя: удивляется несообщительности людей, говорит, что пытался организовать жильцов, «развеселить» их, но из этого ничего не вышло. Соседи по коммунальной квартире не находят в нем ничего примечательного: спокойный, непритязательный, домосед. Физически всегда был здоров (В).

В этом случае, на наш взгляд, много неординарного. Перечислим, вне всякой очередности, эти особенности. Острый приступ в армии прошел незамеченным окружающими, что само по себе необычно. Состояние на высоте психоза, когда больной беззвучно прокричал, что его начальник – шпион, чего никто не расслышал, характерно не столько для острого шизофренического бреда, так или иначе манифестирующего расстроенным поведением, сколько для иных расстройств со сновидным изменением сознания. Сочувствие детям-сиротам и активная помощь им похожи на эпилептические – с особым влечением к детям при этом заболевании: это пресловутая «слеза ребенка» по Ф. М. Достоевскому. Изменения моторики (тут уж читателю придется поверить автору на слово) не похожи на шизофренические с их микрокататонической угловатостью и «хрупкостью»: они проявляются особенной, «выразительной», «резиновой», растянутостью движений; больной обращает на них внимание врача и ощущает их телесно как нечто ему чуждое и привнесенное болезнью. (Это придает феномену некую органическую, страдательную окраску. Больные вялотекущей шизофренией тоже жалуются иногда на мышечную неловкость, но у них эти расстройства все же теснее «связаны с личностью», и они дистанцируются от них не столь определенным образом.) В речевом статусе обращают на себя внимание гладкость и обстоятельность монолога: больной «выкладывает свою мысль, как яичко», он «не любит, когда его прерывают»; эта особенность появилась у него в подростковом возрасте, периоде, опасном не только для будущих шизофреников, но и для многих других психических хроников, в частности ревматиков. В целом, при наличии несомненной шизофренной симптоматики у этого больного, можно сказать, что его болезнь на высоте своих проявлений и в своем исходе имеет некий «органический привкус» – такой, какой встречается при коллагенозах. Связывать психоз больного с ревматизмом матери нет оснований: учитывая прежде всего его собственное идеальное физическое здоровье, но все же если это и шизофрения, то похожая отчасти на «ревматическую». (Сводку литературы по ревматическим психозам и «ревматической шизофрении» см. у К. А. Вангенгейм, И. М. Вольф-сон, А. С. Шмарьяна.)

Б. Вялотекущая шизофрения

Различные варианты течения вялотекущей шизофрении наиболее полно описаны школой А. В. Снежневского. Мы поставили этот диагноз 10 больным, из которых у 5 или 6 были более или менее «типичные» проявления этой болезни, остальные, в силу разных причин, отклонялись от привычного стереотипа развития данной патологии. К этим 10-ти присоединены двое больных с хроническими бредовыми психозами «неуточненной этиологии», относящимися, по-видимому, к краевым формам того же страдания.

Если в 6 предыдущих манифестных случаях все больные лечились у психиатров и стояли на учете в диспансерах: пятеро в настоящем, один в прошлом – то в следующей группе из 12 больных только один был хорошо известен диспансеру, вторая некогда лечилась в нем, но потом была снята с учета по независящим от нее обстоятельствам и третья однократно обращалась к психиатрам за консультацией. Поскольку диагноз почти везде ставился впервые, мы вынуждены были его обосновывать – стараясь делать это с разумной и достаточной краткостью.

А) «Типичные» больные

«Супружеский» случай: жена – муж.

Набл.7. Женщина 41 года. В семье матери несколько больных шизофренией, кончивших жизнь в психиатрических больницах: бабка, мать, две двоюродных сестры. Мать смолоду вела «распущенный» образ жизни: никого не стесняясь, водила домой пожилых любовников, часто бывала возбуждена, дралась с дочерью, кидалась в нее посудой. Явно заболела в 39 лет: был бред преследования, считала, что ее хотят убить, отравить, «посадить в тюрьму», боялась выйти на улицу; большую часть времени провела затем в психиатрических больницах; умерла в 49 лет. Отец «вспыльчивый, честный, справедливый». Оба евреи.

О раннем возрасте больной ничего достоверного. В 14–15 лет «связалась» с подругой «легкого поведения», не ночевала дома, «скандалила». Когда мать заболела, то, оставшись одна, переняла ее любовников, устраивала с ними оргии, открыто требовала от них денег. Была «самонадеянной», с безапелляционными суждениями, об окружающих говорила в пренебрежительном тоне, о себе была «самого высокого мнения»: у нее, по словам соседей, была, как у матери, «мания величия». Кончила бухгалтерские курсы, начала работать по профессии. Часто меняла места работы, приходила домой возбужденная, обвиняла начальство в грубости; после подобных ссор иногда день-два выглядела мрачной, не покидала комнаты, не выходила на службу. Такие состояния стали особенно отчетливыми лет с 24–25.

Лет с 30 – страхи: говорила, что кто-то лезет к ней в комнату с чердака, хочет ее обворовать и убить, боялась

трубы в прихожей, говорила, что из нее кто-то вылезает, слышала временами чьи-то шаги, шорохи, звонки в дверь, видела «тени», верила в реальность этих явлений, никогда не считала их болезненными. Говорила также, что ей подарили «заколдованные» чулки, гости «заколдовали» варенье – то и другое выбросила; предполагала также, что соседка хочет отравить ее.

Еще ранее, лет с 25, стала менее активна в половом отношении, сожительствовала теперь с одним мужчиной много старше ее, к которому относилась деспотически, всячески его унижала. В последние годы живет с мужем, которым также постоянно помыкает, «держит его в страхе». Оба ведут крайне несообщительный образ жизни, с соседями по коммунальной квартире почти не здороваются и не разговаривают, никуда не ходят и никого не принимают – лишь изредка их посещает свекор, помогающий им материально. Временами ее страхи усиливаются – это происходит иногда под воздействием реальных обстоятельств. Так, однажды избили мужа – она в течение полугода после этого не выходила на улицу: боялась всех мужчин без исключения, говорила, что видела людей, пришедших расправиться и с ней тоже. Два года назад упала, поскользнувшись, 3–4 недели после этого была в больнице по поводу сотрясения головного мозга. Тогда «разучилась ходить», боялась, что упадет, подолгу не могла сдвинуться с места, сделать шаг вперед – просила в это время говорить тише, не шуметь; затем эти явления постепенно прошли. Продолжает говорить об окликах, звонках и «тенях» в доме. Работу не оставляет – напротив, стала дорожить ею, боится увольнения, вовремя приходит на службу. Дважды после сотрясения мозга обращалась в диспансер по направлению поликлиники, жаловалась, что не может ни на чем сосредоточиться; другие расстройства в амбулаторной карте не отмечены; высказано предположение об «общем неврозе?».

Встретила обследователя настороженно, подозрительно, хотя и соблюдая внешние приличия. Сведения о себе давала неохотно, уклончиво («всякое бывает»), повторно спрашивала врача о целях его визита. Среди беседы, которую вела на одной и той же, монотонно звучащей ноте, вдруг неожиданно что-то выкрикнула, затем, как если бы ничего не случилось, продолжила разговор с прежней интонацией. Лицо все время неподвижное, «остановившееся», глаза навыкате, взгляд неизменно подозрительный и приобретает порой «бесноватое» выражение. Жаловалась на слабость и плохое общее самочувствие, сохраняющееся после ушиба головы, но все связанное со страхами и бредовыми идеями скрыла и прямо отрицала при расспросах, сказала лишь (и тоже неожиданно, невпопад разговору), что у нее бывают «видения»: «закрою глаза и вижу, ко мне кто-то спускается, идет сверху», бывают также «электрические искры». Дома – грязь и беспорядок, комнату убирают лишь перед приходом свекра. Сама же больная лично очень чистоплотна, ежедневно моется в корыте, на неприспособленной для этого общей кухне (дом старый, без ванны) и, если нет воды, делается на весь день особенно раздражительна и гневлива (В).

Набл.8. Муж предыдущей больной, 42 лет. Родители – евреи из Белоруссии. Отец – полковник в отставке, отличался большой заботливостью в отношении солдат, «ходил в часть и в воскресенье», сейчас опекает сына и невестку. Мать «нервная, но общительная, со всеми умела ладить». Сестре 36 лет, она кончила два искусствоведческих вуза, преподает, ведет богемный образ жизни, постоянный гость многих компаний, не замужем.

Сам обследуемый с детства заикается, был хилым, особенно похудел после тяжелой кори – позже прибавил в весе, стал даже крупным, но каким-то нескладным и несоразмерным. Вначале хорошо учился, но с 13–14 лет сделался «рассеян», пассивен, стеснителен и скрытен, «ухудшилась память». Предпочитал гуманитарные предметы, не давалась математика, особенно – геометрия. В юношеские годы оставался очень робок и нерешителен; сверстники не принимали его в свои компании, систематически его дразнили. Постоянно опекался отцом. В 20 лет уехал с ним в Германию. Кончил перед этим курсы счетоводов, но по профессии не работал, начал готовиться с отцом к поступлению в институт. Вместо института попал в техникум, закончил его в 27 лет – после чего пошел работать секретарем в суде, где полученное образование не понадобилось: хватило бы и школьного; остается здесь по сей день, несмотря на мизерную зарплату. Поступил в университет, но был отчислен со второго курса в связи с неуспеваемостью. Женился на описанной выше женщине. Соседи говорят о нем, что он очень ленив и неряшлив, «запуган» женой, «ее раб». «Весь трясется», когда она на него кричит, сильно краснеет, речь прерывается, на него «находит столбняк», он теряется и делается совершенно бестолковым – вплоть до того, что начинает издавать нечленораздельные звуки. Жалуется на сильную слабость и утомляемость – особенно по утрам: на работу его ежедневно выгоняет жена. Обязанности свои в суде никогда вовремя не выполняет, допоздна засиживается там поэтому. Дома большую часть времени проводит на диване. Давно «утратил все свои способности», «перестал верить в себя», во всем зависит от жены. В самые последние годы появилась особого рода подозрительность, а именно: сам не зная почему, не может вести разговор в присутствии или при приближении посторонних; замолкает, разговаривая с женой на улице, ждет, когда прохожие их минуют; невольно понижает голос, когда говорит по телефону.

Внешне – высокого роста, с крупным, «плоским» лицом, цвет его нездоровый, выражение тусклое и представляет собой как бы смесь из беспомощности, замешательства и недоверия разом; производит впечатление человека нерешительного и одновременно – подозрительного; в поведении много детского. Отвечает с задержками, запинается, старательно ищет слова, перемежая их словами-паразитами («это, ну как его»). Когда движется по комнате, то выглядит рассеянным, неловким и медлительным. В беседе то более доступен, то сугубо формален, но все – без видимой связи с ходом и содержанием разговора. Стал лишь более словоохотлив, когда беседа приняла отвлеченный характер: пожаловался на условия работы, сказал, что хочет

стать инспектором отдела кадров; дал понять, что считает это занятие очень интересным; спросил у врача, нет ли у него на примете подобной должности; сделался здесь несколько «загадочен». Ничего для поисков нового места не делает, хотя давно о нем мечтает: с тех пор, как случайно увидел на улице подобное объявление (В).

Прежде чем изложить остальные случаи, позволим себе напомнить симптомы вялотекущей шизофрении, общие для различных ее форм. Это необходимо для того, чтобы обозначить принцип отбора больных в эту группу, до сих пор требующий комментариев. Вялотекущая шизофрения – это шизофрения, все «позитивные» симптомы которой смягчены в сравнении с манифестными формами, но сущность болезни, ее «негативные» проявления, формирующийся в ходе заболевания «дефект», тождественны таковым при большой шизофрении или очень с ними схожи. Для иллюстрации этих положений можно воспользоваться двумя описанными выше случаями: в них достаточно хорошо прослеживаются общие признаки этого полиморфного, но вместе с тем и достаточно однообразного заболевания.

1. Редуцированный параноидный ряд расстройств У женщины в супружеской паре параноидные расстройства очевидны и проявляются несистематизированными, отрывочными бредовыми идеями преследования и колдовства и – также элементарными, но прочно вплетенными в единую ткань заболевания – галлюцинациями и иллюзиями устрашающего свойства. У мужчины этот ряд расстройств тоже наличествует, но он рудиментарен, только намечен. Идеи преследования у него, строго говоря, отсутствуют, но поведение часто носит «персекуторный» характер: этот человек «сам не зная почему» озирается, понижает голос в присутствии «нежелательных» свидетелей, ждет, когда пройдут мимо незнакомые люди на улице, «конспирируется», говоря по телефону, – имеет место как бы бред поступков без бреда мысли, без осознанной логической мотивации. Феномен этот достаточно распространен, он свойствен ранним стадиям заболевания и описан одним из первых В. Маньяком в инициальном периоде хронического бреда преследования, затем – многими другими авторами, среди них – Е. Н. Каменевой2.

2. Редуцированный кататонический синдром Женщине диагноз вялотекущей шизофрении можно ставить уже на основании одного эпизода беседы с ней: когда она, ведя ее на одной «терпеливой», «вынужденно-благопристойной» ноте, вдруг что-то «невпопад» выкрикивает и продолжает затем разговор так, как если бы не произошло ничего особенного. В отличие от эпилептиков, она помнит о своем поступке и не отчуждает его от других своих действий – напротив, не видит в нем ничего сверхъестественного. У нее кататония по степени импульсивности схожа с той, что наблюдается при манифестном психозе – у мужа, и кататонический ряд расстройств менее ярок и доказателен: он, как и параноидный, лишь скользит тенью по поверхности, но зато в своем роде более злокачествен, «пуст», машинален: этот человек постоянно «рассеян», манекеноподобен, движется у себя дома подобно сомнамбуле. И у него выявляются кататоноподобные флюктуации в общении: он то более закрыт, недоступен, то, вне связи с беседой, делается более «разговорчив» (хотя и остается при этом формальным резонером, неспособным к душевному отклику и сопереживанию).

3. Характерная внешность: гипомимия, «высокомерная» поза и осанка, неподвижность взгляда Гипомимия, по общей оценке исследователей, является постоянным симптомом вялотекущей шизофрении. Лежащий в основе болезни процесс – видимо подкорковой локализации – поражает мимические центры, отчего лица «останавливаются», делаются «рисованными», «иконными». Они могут быть по-своему красивы, но привлекают к себе внимание не живостью и теплотой, а самоуглубленностью, застывшей и статичной одухотворенностью – не подвижностью, а неким почти вынужденным «подвижничеством». Выражение глаз обычно «строгое», затаенно-неодобрительное – остальное лицо «дышит теми же чувствами» (как бы «невольными», неосознанными), проникнуто той же отстраненностью и противостоянием, но здесь эти черты, вследствие гипомимической инертности лицевой мускулатуры, менее очевидны, как бы скрываются, лишь угадываются. При развитии и продвижении болезни черты такого «остановившегося» лица вдруг в течение короткого, трудноуловимого отрезка времени, иногда чуть ли не в один день, тускнеют, «дурнеют», кожа приобретает нездоровую сероватую окраску и почти вовсе лишается движений, а взгляд делается напряжен и как бы неуправляем: в нем появляется некая непроизвольность орбитальных движений, а «содержание» его делается почти открыто подозрительным, настороженным – больные и хотели бы, но не могут «подавить» его в себе или скрыть от окружающих; такие глаза производят тягостное впечатление: они живут на лице самостоятельной жизнью, в них словно «поселяется некто посторонний».

Сходен с этим явлением феномен «высокомерия», который в той или иной мере обнаруживает едва ли не всякий больной вялотекущей шизофренией: посадка головы, осанка, отношение к собеседнику и всякому встречному – все производит впечатление амбициозности, интуитивного, неосознанного чувства _ – превосходства. Про женщину в нашей паре соседи говорили, что она, как и ее явно больная мать, с детства страдала манией величия: эта черта всю жизнь неразлучна с нею. Она более характерна для стеничных, активных шизоидов, но и у такого яркого астеника и природного неудачника, каким является ее муж, она имеется тоже, и он проносит ее через все унижения и самоуничижения своей бесхребетной, нескладной жизни: стоит ему оседлать своего излюбленного конька, погрузиться в незрелые, нелепо звучащие фантазии, как он начинает говорить многозначительно, высокопарно и глядит на собеседника с тем же «классическим» чувством явного или тайного превосходства – психиатры прошлого считали эту черту одной из наиболее характерных для «дегенерантов». Она очень показательна для шизоидов в условиях эпидемиологического исследования, где можно проследить «разведение» шизофренического начала до его «первооснов» и «первоисточников», и сохраняется очень долго, идя в паре со специфическими трудностями общения и утратой аффективного

отклика и сопереживания. Про шизоидов, даже сохранных и преуспевающих в жизни, окружающие говорят, что те «презирают» их или ими «гнушаются». Такая «высокомерность» не является чертой характера, ни даже – некой психологической доминантой: это патофизиологическая маска и неврологический атрибут страдания, близкий к гипомимии и мимическим застываниям, – тоже, по-видимому, из разряда кататоно-подкорковых.

4. Падение энергетического потенциала Этим термином обозначается, как известно, неуклонное снижение трудоспособности, «энергетизма», витальности больных, которое в той или иной мере является общим правилом для вялотекущей шизофрении. Даже в случаях, помеченных хронической гипоманией, где может иметь место активизация отдельных (обычно так или иначе связанных с болезнью) видов деятельности, это частичное возрастание происходит как бы за счет других, более естественных жизненных отправлений. У женщины в нашей паре это снижение выглядело поначалу упорядочением образа жизни: она сделалась домоседлива, начала дорожить работой, перестала устраивать оргии, но за этой «нормализацией» поведения стоял обессиливающий, деэнергизирующий процесс, легко обнаруживающий себя, например, в той грязи и беспорядке, которые царят в ее комнате. Ей лучше удаются эпилептоидные командные функции, для них у нее еще остаются душевные силы, она «обретает себя» в семейном диктате и терроре (впрочем, без ее «железной ферулы», равно как и без денежной поддержки отца, ее муж существовать уже не в состоянии). В его случае падение энергетического потенциала – самое яркое и постоянное проявление болезни, текущей по типу простой формы шизофрении. Если его жена еще может подгонять его и совершать ежедневные омовения, то он способен лишь на резонерские рассуждения и незрелые мечтания и не пригоден, по сути дела, ни к какой сколько-нибудь длительной и целенаправленной деятельности.

5. Психопатоподобные расстройства, их соотношения с основным шизофреническим процессом У обоих супругов имеется истерический ряд симптомов – феномен для вялотекущей шизофрении (в отличие от предыдущих) необязательный, хотя и частый. У женщины после травмы и последующего стационирования развились истерические параличи и атаксии, длившиеся достаточно долгое время. У мужчины сходная симптоматика носит более постоянный, хотя и не столь яркий характер; «истерией» обрамлены его повседневные реакции на агрессию жены, когда он «весь трясется», у него «отнимается речь», на него «находит столбняк» и т. д. («Истерия» в обоих случаях, равно как и в других подобных, выглядит следствием, с одной стороны, падения «витального тонуса» больных, их «энергетического коллапса», с другой – «вовлечения в игру» «эпилептоидного слоя» психики, присутствующего едва ли не у всех рано заболевших больных и соответственно – тяжелых «психопатов».)

В обоих случаях имеются и иные психопатоподобные проявления, вообще характерные для вялотекущей шизофрении, рано начинающейся и создающей собственную «психопатическую» почву или обостряющей «иноименные», «инородные» аномалии личности. Мужчине изначально свойственен психастенический синдром, по мере развития болезни все более утрирующийся, карикатурно искажающийся. У женщины первые годы болезни отмечены гебоидией – психопатоподобным синдромом, более тесно связанным с собственно шизофренией, расторможением влечений с «вызывающей», «отталкивающей» антисоциальностью, паразитизмом существования, проституированием. При всей противоположности начальных позиций оба случая неуклонно сходятся в финале заболевания, конвергируя к единому его исходу: психопатическое обрамление процесса, иначе говоря, второстепенно и отчасти случайно по отношению к его формообразующей сути, выявляющейся в исходе страдания.

Все названные выше симптомы, помимо, может быть, редуцированного параноидного ряда, характерны не только для вялотекущей, но и для так называемой латентной шизофрении. Расстройства речи, мышления, целенаправленной деятельности также являются общими для всех вариантов этого страдания и генетически близки к «первичному изъяну», к «основной поломке» при этом заболевании. В случаях латентных форм они наиболее заметны, чисты и изолированы. Поскольку это так, на этих расстройствах мы остановимся ниже.

Случай, который можно было отнести и к вялотекущим и к «латентным» шизофрениям: «позитивная» симптоматика выглядит здесь еще более стушеванной и размытой.

Набл.9. Мужчина 42 лет, русский. Мать в пожилом возрасте заболела психически. До этого отличалась некритическим отношением к поведению сына, баловала и боготворила его, когда он был уже в зрелом возрасте. В 60 лет у нее развилась тревога и тоска, она говорила, что у нее «задет центр сна», повторяла, что, если бы не сын, она бы давно бросилась под электричку; в конце концов покончила с собой. О других родных ничего достоверного.

Об истории самого обследуемого тоже известно мало. Он кончил институт международных отношений и приступил к работе по профессии, но был «уволен после первого сокращения штатов». Соседи живут с ним 10 лет. По их словам, в первые годы это был «проходимец каких мало», «отвратительный тип» и т. п. Жил за счет знакомых женщин, которых вводил в заблуждение рассказами о своей работе дипломатом, пользовался тогда успехом у многих. В квартире вел себя бесцеремонно, расхаживал полуголый по коридору вместе со своими гостьями. Соседям говорил, что учится в аспирантуре и пишет диссертацию: для большей убедительности раскладывал на столе книги и бумаги – ему слепо верили. В течение нескольких лет держал всех в неведении относительно истинного положения своих дел и вел себя все это время свысока и снисходительно. Затем соседи потеряли терпение и пригрозили коллективной жалобой – он «сильно струсил» и с этого дня стал водить к себе приятельниц украдкой. Всегда общался почти исключительно с женщинами, гостей мужского пола соседи не помнят. Много пил, иногда – неделями. В последние 3–4 года как-то незаметно, но верно переменился:

подурнел, «растерял обаяние», поклонницы все сразу его оставили. Осталась одна знакомая, которой он стесняется: она грубовата, проста и некрасива. Устроился или оформился где-то баянистом (?) – после того, как милиция предупредила его, что возбудит дело о тунеядстве. Соседям по-прежнему говорит, что работает в правительственных учреждениях, но делает это теперь без прежней убедительности, как бы по привычке или даже обязанности; чуть больше увлекается, когда возвращается к старой версии о научной работе. Если прежде лгал искусно и осмотрительно, то теперь – по-детски забывчиво: может сказать, что уезжает в командировку в другой город или страну, но вечером прийти за оставленным плащом. Стал подозрителен и внешне странен: запирается у себя в комнате и подолгу не выходит из нее; ведет себя тогда настолько тихо, что никто не знает, дома ли он; когда идет в туалет, запирает дверь на ключ. Может выйти с деловитым видом на кухню, подойти к своему шкафчику, открыть его, посмотреть внутрь, снова закрыть – все машинально, рассеянно и сосредоточенно; шкафчиком же несколько лет как не пользуется, поскольку не готовит. Перестал здороваться. Намекает на то, что соседи подслушивают его разговоры и следят за тем, что он делает. Перестал платить за квартирный телефон, и его отключили, он же уверял, что внес плату (прежде брал на себя эту обязанность). Стал «как-то непонятно» говорить: может рассуждать полчаса без перерыва, но остается неясным, что же он все-таки имел в виду – «одни намеки и экивоки».

Врач долго не мог встретиться с ним: он не открывал двери. Застал его случайно на кухне. Откликнулся на приветствие не сразу, а с задержкой, углубился в чтение газеты, но пригласил все же к себе. Вел себя «со светскостью», «барственно», обращался к врачу на «ты», сказал, что приехал из трудной поездки по стране с пакистанской делегацией. Беседуя, делался все более подозрителен, а фиксированный на враче взгляд – все более «диким», напряженным, неестественным. Начал расспрашивать о целях предпринятого исследования, потребовал точного наименования диссертации. Узнав, что врач – психиатр, криво усмехнулся, начал явно тяготиться собеседованием, ответы давал все более краткие и формальные, затем перестал отвечать вовсе, опять развернул газету – на этом беседа и закончилась (В).

И здесь в исходе страдания – «размытый», «тенеподобный», но тем более патогномоничный для вялотекущей шизофрении редуцированный кататоно-параноидный синдром, улавливаемый здесь в самых начальных, зародышевых своих проявлениях. Больной делается все более «рассеян», машинален, «пуст», совершает ничем не мотивированные, бесцельные, «челночные» хождения между комнатой и кухней, сопровождающиеся столь же ненужными, хотя и внешне упорядоченными действиями: находится в некоем «трансе» из сосредоточенной отрешенности и «дрейфующей», «задумчивой» инертности – своем роде сне наяву. Это состояние, пустое интеллектуально, имеет, вместе с тем, свойство порождать, спонтанно или провоцированно, подозрительность, идеи отношения, недоверчивые опасения – оно, иначе говоря, чревато параноидностью.

В отличие от предыдущего случая мы можем проследить здесь своего рода «надлом личности», датирующийся последними 3–4 годами жизни. Именно в это время он «подурнел», «утратил обаяние» и вместе с ним – успех у части женщин, стал подозрителен и внешне странен, начал вести себя в быту иначе, чем прежде: перестал, в частности, здороваться. С тех же пор у него изменилась речь: стала пространной, несобранной, расплывчатой и «непонятной» – в ней, по сути дела, возобладала та же внутренняя дезорганизованность и «несобранность», которая обрекает его на бесцельные блуждания по квартире. Он переносит, иными словами, стертый шизофренический приступ, который, несмотря на внешнюю невинность, почти эфемерность, оказывает на психику самое разрушительное действие: шизофрения, говоря словами другого классика, входит здесь в дом не с парадного подъезда, а украдкой с черного хода.

Само течение болезни нельзя, однако, соотносить только с событиями 3–4-летней давности. Больной если не болен с детства и юности, то помечен с этого времени печатью будущего заболевания. Это нашло свое выражение прежде всего в длительном психопатоподобном периоде с «донжуанством», пьянством и любительским, непрофессиональным мошенничеством, которые в совокупности своей так ярко характеризовали его в быту до недавнего времени. В этом отношении он близок к предыдущей больной, долгое время ведшей «аморальный» образ жизни и столь же «дилетантски» проституировавшей. Об истинном растормошении влечений с повышением либидо в таких (то есть латентно-шизофренических) случаях судить трудно, поскольку дело не в частоте и числе половых связей, а в той вызывающей, шокирующей манере, в какой это влечение обнаруживается на людях: это своего рода моральный, символический эксгибиционизм, который в своем законченном телесном виде проявляется у острых кататоников в импульсивном срывании с себя одежд, в самооголении и открытом онанировании.

Есть и другие признаки того, что болезнь началась в этом случае раньше чем 5 лет назад – по меньшей мере с отрочества и юности, но, может быть, и с детства. Это – содержание фантазий больного, его «мошенничеств» и самообманов. Психическая болезнь, как известно, останавливает развитие больных: либо грубо, тотально, как при олигофрении, либо мягче, парциальнее. «инфантилизируя» или «ювенилизируя» психику. Явление это находит свое выражение как в симптомах эмоциональной незрелости, так и в интеллектуальной сфере, где запечатлеваются свойственные ранним периодам жизни доминирующие идеи, «строй мыслей», «установки», стереотипы мышления и поведения. Детский и юношеский взгляд на вещи, подход к проблемам жизни, фантазии, уместные в свое время, сохраняются в таких случаях и в последующем. не подвергаются обратному развитию, остаются своего рода вневременными путеводными маяками, программами, бессознательно направляющими повседневные поступки больных и их помыслы. По таким «лейтмотивам» поведения, как по геологическим пластам психики, можно судить о предыстории заболевания, о его латентном периоде.

Патологическое мошенничество нашего больного свидетельствует о раннем начале его недуга, проявившегося впервые в детстве, когда подобные обманы – почти естественное явление. В отличие от того, что наблюдается у здоровых лиц, они не ушли с возрастом, а остались в его психике анахроничными поведенческими матрицами, продолжали руководить его поступками. Что касается содержания его «лжи» – достаточно безобидной и едва ли не лишенной практической выгоды – то оно также может ориентировать нас во времени и служить ретроспективной датировке болезненного процесса. Постоянных тем, «заезженных пластинок» фантазирования. У него, собственно, две: работа в качестве дипломата, разъезжающего по стране с доверительными миссиями, и научная деятельность, атрибуты которой, в виде письменного стола и разложенных по нему книг и тетрадей, он, как экскурсовод в собственном доме-музее, показывает своим посетителям. В первом случае еще можно заподозрить сознательный обман, рассчитанный на воображение соседей и поклонниц (хотя и здесь – это всего лишь смещенные во времени инфантильные розыгрыши и вербализованные фантазии, только из более ранней, знакомой всем фазы развития и потому – более понятные окружающим). Второй же лейтмотив – явно из шизоидного пубертатного сдвига: его стационарность и «спаянность с личностью» свидетельствует о том, что он с самого начала носил характер доминирующей идеи, культуртрегерской установки и сверхценности. Духовная доминанта этого «мошенника», его кредо, его оторванное от жизни, идеальное самоотождествление – именно в разложенных на столе свидетельствах и доказательствах напряженного умственного труда и просветительской деятельности, которые он демонстрирует с той же гордостью, с какой безутешная мать показывает гостям школьные дневники и похвальные грамоты безвременно ушедшего от нее сына.

Свою роль в судьбе этого человека сыграло и пьянство, явившееся, видимо, катализатором его бед и социального фиаско, но в его личностном статусе алкогольные мотивы едва ли ощутимы: если они и наличествуют, то заслонены микрокататоническим шизофреническим дефектом. Шизофрения здесь на грани с формально диагностируемой. Можно было, повторяем, отнести этот случай не к вялотекущим, а к латентным формам заболевания: учитывая предельную стертость параноидных симптомов, которые, за неимением лучшего, могут служить условной гранью между обоими состояниями – однако в отсутствие сколько-нибудь четких границ в единой и непрерывной цепи-континууме шизофренической патологии, – такая «дифференциальная» диагностика неизбежно приблизительна и является на сегодняшний день скорее делом вкуса и «случая», чем «точного знания».

Набл.10. Женщина 61 года, бабка описанного выше 13-летнего мальчика, больного шизофренией (набл.2), украинка. О родителях и братьях ничего достоверного. Известно, что приехала в Москву с мужем, который был «ответственным работником», работала секретаршей в «военном» учреждении. С мужем жила недолго, развелась – потому, с ее слов, что у него был трудный характер, он «был жадный». Одна воспитала дочь, замуж более не выходила, вела уединенный образ жизни, осталась работать на прежнем месте. Уже в первое, непродолжительное, знакомство с ней произвела нездоровое впечатление: темный ободок вокруг глубоко посаженных глаз, впалых и одновременно блестящих; взгляд недоверчивый, изучающий собеседника, не меняющийся в течение визита. Расспросив о цели прихода обследователя, не удовольствовалась разъяснениями и не раз загадочно и туманно намекала на какие-то особые, будто бы известные врачу обстоятельства. На следующий день беседу вела крайне неохотно и безапелляционно, большую часть вопросов отвела – сказала многозначительно, что не может отвечать на них. Вдруг вне связи с разговором громко объявила, что внук ее болен оттого, что в школе ему «выдернули палец» и затем «поставили на место», – б ответ на немое недоумение доктора повторила то же еще раз, добавила, что в школе мальчик подвергается неслыханным мучениям, которые «никто в мире не переносил». Дала понять, что врачи больницы, где он лежал, с ним сделали нечто такое, после чего «одна ее знакомая» перестала верить медикам, но уверовала в Бога и начала ходить в церковь – при этом все время, не сводя с доктора глаз, в упор его разглядывала. На следующий день переполошила ранним звонком институтскую кафедру: настоятельно, «во избежание неприятностей», вызвала обследователя к себе на дом. Встретила его нечесаная, в ночной рубашке, расхаживала в таком виде взад-вперед по комнате. Потребовала полного отчета в том, чем врач занимается: «такие сведения» могут быть нужны только иностранной разведке, и она вынуждена передать дело в соответствующие органы. В ультимативной форме предложила врачу немедленно прекратить исследование и, главное, передать ей записи, касающиеся ее семейства: «вырежьте аккуратнее, перечеркните все фамилии!» (В).

Анамнез здесь вынужденно неполный: дочь больной и в отношении сына дала самые краткие сведения, а о матери, поняв, что доктор предполагаві семейный характер страдания, отказалась говорить вовсе. Может быть поэтому случай помещен в разделе вялотекущих: в популяционных работах такое преуменьшение тяжести болезни «по техническим причинам», из-за недостаточности сведений, вполне возможно. Диагноз шизофрении основывается здесь на наличии бредового синдрома и характерных изменений психики; бред можно определить как редуцированный парафренный. Особенностью ее парафрении является то, что громадным, фантастическим мукам подвергается не сама больная, а ее внук, но такой перенос бреда на иное лицо сам по себе, как известно, явление достаточно частое. Вполне характерен habitus больной: с застывшим лицом, темной каемкой вокруг глаз, неподвижных и подозрительных, неряшливость в одежде, отсутствие стеснения в отношении постороннего лица другого пола, «загадочная» недосказанность речи, сменяющаяся неожиданно резкими, категорическими «выпадами» бредового содержания: все это – симптомы вполне шизофренического характера. Ее «загадочность», как и в других подобных случаях, представляет собой некую «смесь» из

высокомерия, малой доступности, подозрительности и налета растерянности и недоумения, имеющих своей конечной общей причиной то же кататоно-параноидное начало. Заболевание тянется явно не один год – для более определенных временных предположений у нас нет достаточных данных.

Следующий случай – вялотекущей параноидной шизофрении.

Набл.11. Женщина 59 лет. Отец – эстонец, других сведений нет. Мать – русская, «строгая», держала детей взаперти. Обследуемая всегда находилась под ее влиянием и сама была «по натуре домоседкой». Отличалась, по ее собственному признанию, капризностью и «эгоизмом». Кончила 7 классов, хотела стать врачом («нравилось лечить и ставить диагноз»), но мечтала и об артистической карьере, любила представлять себя на сцене. Поступила на курсы медсестер, училась недолго: в 20 лет познакомилась на танцах с молодым человеком и вскоре вышла за него замуж. Муж нравился: был, по ее словам, скромен и хорошо зарабатывал. Сама не работала, вела домашнее хозяйство, воспитывала дочь – жили с мужем уединенно. По-видимому, всегда была ревнива, хотя в молодости, с ее слов, «считала недопустимым проверять карманы мужа и искать в них лишние деньги или любовные записки». Перед войной мужа арестовали – она «проплакала все глаза», добилась через адвоката пересмотра дела; муж был освобожден и вскоре пошел на фронт. Когда он вернулся с войны (ей было 36 лет), в их отношениях «что-то надломилось»: стала замечать, что муж «засматривается» на женщин, с ним «неудобно было выйти», он начал задерживаться на службе. Стала следить за ним, подкарауливала его у места работы – пока один из сослуживцев мужа не сказал (?), что он изменяет ей с женщиной много ее старше. Узнав об этом (?), сразу же настояла на том, чтобы муж съехал с квартиры – несмотря на все его мольбы и разуверения. Хотя ей и «было обидно» (она считала, что он ей многим обязан и проявил по отношению к ней «черную неблагодарность»), после его ухода «почувствовала себя сразу легче». Устроилась киоскершой в Союзпечати. Была увлечена этой работой: имела «своих» клиентов из артистической и музыкальной среды, носила им журналы на дом – часто себе в ущерб и в тягость. Нравилось, что те принимали ее как хорошую знакомую; верила им, когда они говорили, что испытывают к ней дружеские чувства. Чтобы Иметь такую клиентуру, специально брала точки в центре – даже тогда, когда это было связано с дополнительными трудностями и приходилось, например, таскать тяжелые тюки на большие расстояния. Ценила и врачебные «связи >, сохранила юношеский интерес к медицине, охотно об этом говорила, „хвасталась“ своими склонностями и знакомствами. Жила уединенно, никого не принимала, в свободное время читала, вязала, любила собирать грибы; ни с кем в доме дружбы не водила – гуляла лишь с душевнобольной соседкой, не догадываясь о ее болезни; на прогулках без умолку говорила, а та молча слушала. Когда с соседкой случился приступ болезни, очень оскорбилась оттого, что родные не предупредили о ее заболевании. Живет в коммунальной квартире. Отношения с соседями вначале были сносными, но в последние годы испортились. Стала считать, что те имеют виды на ее комнату, после чего все, что ни делала соседка, воспринимала как имеющее скрытый смысл и злой умысел: та будто бы, с одной стороны, хотела вкрасться в ее доверие, а с другой – „подпускала аккуратненькие шпилечки“. Мужа соседки (тяжелого психопата) начала бояться – особенно после того, как тот будто бы „ворвался“ к ней в ванную и пытался ее изнасиловать; он же „показывал ей револьвер и шашку“. Стала прятаться от него, старалась не выходить в коридор, когда он был дома. Из своей комнаты слышала, как он сказал: „Я ее выкину с балкона“. В последние годы ей часто нездоровится: „подкатывает к горлу“, „душит“, „побаливает сердце“. В такие дни лежит не вставая, не выходит из комнаты – у соседей „впечатление, что ее неделями нет дома“, „неизвестно, когда готовит“. Сказала однажды про соседа, что он „колдует глазами“. Никого к себе в комнату не впускает – даже врача поликлиники: разразилась при одном его посещении грубой бранью, чего прежде не было. В комнате у нее нагромождение всякого барахла: горой лежат тряпки, старые ношеные вещи, на новом серванте – поставленные один на другой старые ящики, также набитые хламом: ничего не выбрасывает, потому что „все может пригодиться“. Со слов соседей, патологически экономна и скупа: „ведет счет спичкам“, сеет укроп на подоконнике и „пересчитывает травинки“. Боится ограбления: когда идет в ванну, запирает комнату на ключ и берет его с собой. Недавно обвинила соседей в том, что они проникли в ее комнату и сломали громкоговоритель. Особенно изменилась в поведении в последние 2 года: до этого „были подобные задатки“, но очерченных болезненных состояний, как теперь, не было.

Моложавая, с круглыми румяными „щечками“, в старомодном халате. Глядит с первой минуты и до конца встречи недоверчиво, испытующе, иногда откровенно подозрительно. Беседу вместе с тем поддерживает и на некоторые темы говорит охотно – расхваливает, в частности, свою работу киоскером. Убеждена в реальности угроз и покушений на нее со стороны соседей. О своем прошлом рассказывает выборочно: преувеличивает одно, скрывает другое. Речь засорена псевдоинтеллигентными штампами и вычурными гиперболами, например: „молодой сосед без меня ни на йоту ступить не может“. (Несмотря на вражду с родителями, она, как ей кажется, руководит умственным и культурным развитием этого молодого человека – руководство это состоит в разного рода советах и назиданиях, звучащих всякий раз свысока и безапелляционно.)(В)

Заболевание в данном случае течет преимущественно по типу вялой бредовой шизофрении: с прогрессирующим усложнением бредового синдрома – от отдельных идей ревности до систематического бреда этого содержания, с появлением персекуторных тем и идей колдовства, сексуального насилия, ипохондрии в депрессивных фазах. Эта тенденция бреда к систематизации, с одной стороны, и тематическому усложнению, с другой, издавна считается характерной чертой хронических эндогенных бредовых психозов, которые в настоящее время принято считать шизофренными. Но и помимо этих общих соображений имеются более чем

достаточные основания отнести эту женщину к страдающим шизофренией: характерны ее нарастающая изоляция, существование в виде чудачки-одиночки и „отщепенки“, легко становящейся враждебной по отношению к ее окружению, – иными словами, микрокататонические „подтекст“ и „аккомпанемент“ ее паранойи.

„Чудаковатость“ –термин не вполне корректный, поскольку отражает не только состояние больного, но и оценку его сторонним наблюдателем, но это определение наряду со словом „странный“ – как известно, одно из самых частых в описаниях шизофрении. В данном случае такое впечатление обуславливается многими особенностями жизни больной и ее психического склада: речи, одежды, общения – и тем, в частности, как она воплощает, проводит в жизнь свои юношеские устремления и установки на культурные ценности, на приобщение к миру прекрасного, к кругу „посвященных“. Движимая этой почти трансцендентальной, лежащей вне житейских реалий, в сугубо идеальной сфере „сверхзадачей“, она, пренебрегая трудностями, устраивается киоскером в центре города и навязывает свое общение артистической и медицинской „элите“ в качестве своего рода „нагрузки“ к книжно-журнальному дефициту: удовлетворяет таким, весьма условным, образом свое „тщеславие“. Тщеславие вообще – наименее шизофреническая из возможных черт характера, поскольку оно нацелено на публику, на реакцию окружения, а шизоиды обычно самодостаточны, противостоят обществу и не нуждаются в его одобрении и поощрении, но в ее случае оно особого свойства: это тщеславие „перед самим собой“ – аутистическое, нарциссическое, удовлетворяющееся не вещественным, не общепонятным, имеющим цену в глазах других достижением своих целей, но символическим, опосредованным, имеющим вес лишь в ее собственной системе ценностей. Действительно, с точки зрения всех прочих, подобное общение с „миром искусства“ не может быть предметом гордости: оно сродни любому бытовому обслуживанию и им можно похвастать разве только перед душевнобольной соседкой или перед обследователем-психиатром.

Интересно также „накопительство“ этой женщины. Это тоже – симптом определенного круга, довольно распространенный, но как бы домашний и потому нечасто описываемый. Вялотекущих и латентных шизофреников (поскольку речь идет о них, хотя то же может наблюдаться и при других болезненных состояниях) можно делить по-разному – можно и по тому, что у них творится дома. У одних поражает голость стен, у других – вековые завалы тряпья и вышедших из употребления вещей, лежащих повсюду многолетними пластами: тоже наподобие неких геологических наслоений. Какая-то патология воли и побуждений стоит, по-видимому, за этими феноменами. Может быть, у „накопительниц“ (поскольку это обычно – женская черта) нарушен целевой рефлекс окончания действия, когда все начатое и предпринятое (в частности – пользование предметами обихода) не знает естественного завершения, продолжает свой бесконечный путь по порочным кругам шизофренического персеверирования.

Б) Краевые и осложненные случаи

Известно, что говорить об атипии в психиатрии рискованно: атипия сама по себе „типичнее“, чем „чистые“ случаи. Почти все приведенные выше наблюдения (имеющие, в сравнении с прочими, лишь одно, но неоценимое достоинство – быть случайно выбранными из населения) отклонялись в той или иной от средних типов учебника. Последние сами по себе являются скорее идеальными образцами, абстракцией, нежели клиническими фактами: реальные больные все в той или иной мере разнородны и представляют собой свободные „осцилляции“ вокруг некоего „усредненного“ типа. Повторимся, что, выделяя те или иные случаи среди прочих как краевые или атипические, мы имеем в виду выход клинической симптоматики за пределы изначально нами отграниченного (в Данном случае – шизофренического) спектра расстройств: когда ставится под сомнение принадлежность болезни к данному кругу психической патологии. О разных вариантах атипии в таком ее понимании уже говорилось выше: сочетание двух эндогенных болезней, сочетание эндогенной болезни с иной, например „органической“, патологией, наконец – истинно атипические случаи: то есть цельные, не сводимые к сочетанию двух патологий и наследственно повторяющиеся симптомокомплексы, не имеющие, однако, своей ниши в традиционной систематике: они располагаются в классификационном пространстве „между“ традиционными формами и имеют вид „промежуточных“, переходных вариантов. Из описанных ниже случаев первый относится к сочетанию начинающейся шизофрении с последствиями недавно перенесенного туберкулезного менингита; в трех последующих вновь имеет место „шизоэпилепсия“, которая в нашем материале оказывается по частоте своей вполне сопоставимой с собственно шизофренической патологией – причем на всех уровнях страдания: манифестном, вялотекущем, латентном и психопатическом. В пятом наблюдении речь идет о внутренне нерасчленимом соединении шизофренической и сенильно-атрофической картины страдания, в котором трудно выделить симптомы одного ряда в контексте другого. Наконец, в эту же группу включены два случая „неуточненных параноидов“: в одном, по всей вероятности, пропфшизофрения (состояние тоже в своем роде промежуточное между олигофренией и шизофренией), во втором – параноид, который, ввиду отсутствия черт характерного шизофренического снижения, может быть отнесен к шизофренному лишь с большими оговорками: это атипия „усеченных“, „моносимптомных“ форм, лишенных обычного и характерного отражения психоза в личности. Сами по себе эти случаи не представляют собой ничего нового и неизвестного, но производит впечатление их общая частота в населении – по меньшей мере, не уступающая „простым“, „чистым“ формам.

В нижеследующем наблюдении – по всей очевидности, шизофренный процесс, манифестировавший среди явлений недавно перенесенного туберкулезного менингита и как бы их завершающий; началась „вторая“ болезнь предположительно недавно и еще не вызвала заметных и характерных изменений личности. В пользу

шизофрении, помимо клинической картины, говорит наследственная отягощенность – такое же заболевание у матери. (Заметим, однако, что и у последней имеет место атипическая шизофрения, „протекающая на эпилептоидном фоне“, сопровождаемая истероподобными и „органическими“ стигмами.)

Набл.12. Женщина 32 лет. Мать страдает шизофренией и описана в набл.4. Отец – научный сотрудник, „спокойный, уравновешенный, целеустремленный“; погиб в войну.

Росла тихой, послушной, исполнительной, все ее хвалили. В школе в присутствии учеников из других классов держалась в тени, отмалчивалась, в знакомом кругу вела себя более уверенно, была общительна и влиятельна. „Близко к сердцу“ принимала дела подруг, интересовалась ими как своими, „никогда не держала на подруг зла“ – ей многое доверяли, она была как „почтовый ящик“ для их признаний. „Не была любительницей нарядов“, одевалась нарочито просто, была „серьезной“ в отношении мальчиков и затем – молодых людей. После школы закончила техникум, работала по специальности. Вышла замуж за рабочего. В течение двух лет жили хорошо, затем он начал пить. Не ругала его, „не устраивала ему сцен“, молча „входила в его положение“.

Видимо, с детства больна туберкулезом. В 25 лет перенесла туберкулезный менингит: были резкие головные боли, „перекосило рот“, при ясном сознании сводило мышцы тела, „тянулась“. В течение года активно лечилась, имела вторую группу инвалидности. После перенесенного сделалась раздражительна, кричала на детей, чего раньше не было; периодически, особенно в плохую погоду, возобновлялись головные боли. Стала пасмурна, часто – чем-то удручена, ложилась, приходя с работы. На фоне почти постоянно пониженного настроения появились состояния с отчетливой и беспричинной тоской: „нападала меланхолия“. Почувствовала безразличие к мужу и теперь после очередного алкогольного эксцесса ушла от него с детьми. Хозяйство целиком легло на душевнобольную мать, которая вела его по своему усмотрению.

Полгода назад была в санатории. Там за ней будто бы начал ухаживать баянист и однажды, пьяный, пришел к ней *в* номер. Испугалась его, выехала раньше срока из санатория, не отдавала себе отчета в своих поступках. С того же времени боится темноты, не спит одна без света, остерегается темных мест на улице, боится нападения – эти страхи носят безотчетный, необъяснимый для нее самой характер. Стала еще более пассивной, неразговорчивой, безрадостной, бездеятельной.

В беседе выглядит „потерянной“, удрученной, беспомощной. Не вполне доступна в отношении страхов, говорит о них слишком коротко, без подробностей, но нынешнее состояние свое целиком связывает с ухаживанием баяниста. Беспокоит физическая слабость, головные боли, появляющиеся или усиливающиеся в плохую погоду (В).

Данное наблюдение отличается от предыдущих тем, что шизофрения (шизофренный симптомокомплекс?) развивается у больной, лишенной заметной исходной шизоидии. Задним числом, подвергая пристрастному досмотру ее прошлое, можно отметить чрезмерную концентрацию „положительных“ черт ее характера, которые не оттеняются, не контрастируются хоть какими-нибудь „недостатками“: она бескорыстна, непритязательна, сугубо серьезна в своих побуждениях и т. д.; это, как известно, останавливает на себе врачебное внимание: она повторяет в чем-то „примерных детей“ Крепелина, иногда заболевающих параноидной шизофренией. Родство ее стертого, „амбулаторного“ параноида с шизофренным очевидно: связь любовного бреда с персекуторным всегда подозрительна в этом отношении – даже если речь идет не о клинически ясном и очерченном психозе, а редуцированном, с обманами восприятия и суждения на иллюзорном и бредоподобном уровне. Мягкость ее психотических расстройств, напротив, парадоксальным образом упрочивает уверенность в шизофренической природе страдания: несмотря на незначительность, неразвернутость паранойи, она оказывает на жизнь и поведение больной самое роковое влияние – как если бы имела место большая бредовая патология. Совершенно невинное с виду событие: ухаживание подвыпившего баяниста – имеет своим следствием, что больная резко ограничивает свою активность, спасается от „преследователя“, поспешно, до срока выезжает из санатория, начинает и в новой обстановке остерегаться его (или лиц, с ним связанных?), сторонится неосвещенных мест на улице, боится нападения – ей грозит, иными словами, развитие большого параноидного психоза.

Относительно туберкулезного менингита. У нас нет оснований подвергать этот диагноз сомнению – тем более что у больной персистируют остаточные явления болезни в виде астении, раздражительной слабости, головных болей с усилением расстройств в плохую погоду. Во всех подобных „смешанных“ случаях трудно, как известно, различить органически обусловленную и атипическую эндогенную симптоматику: часть так называемых арахноидитов, наблюдаемых в преддверии ипохондрической депрессии, в качестве ее продромов, несомненно относится уже к последней. Возможны и отношения иного рода: подмеченная еще классическими авторами склонность „вырожденных“ больных к иным, воспалительным и дегенеративным, заболеваниям головного мозга – по С. Н. Давиденкову это их locus resistentiae minoris. Эта общая уязвимость и слабость осуществляется, возможно, через недостаточность неспецифических иммунных механизмов, которым отдается роль связующего звена между обеими, эндо- и экзогенной, патологиями (см., например, у В. С. Мухаринской). Существует и версия туберкулезного происхождения обоих состояний: когда развитие шизофренного процесса вслед за „органическим“ считается проявлением инфекционного заболевания в условиях измененного иммунитета; сводку работ о „туберкулезных шизофрениях“ см., например, у H. Baruk.

Далее шизоэпилептические случаи. Нижеследующий – единственный из всех больных вялотекущей группы стоящий на учете в диспансере и более или менее регулярно наблюдающийся психиатрами.

Набл.13. Мужчина 64 лет. Брат болел психически и умер в загородной больнице. Отец – пьяница, о нем

ничего больше не известно. В семье было много „нервных“. Сын страдает шизофренией, лечился в больницах, другие сведения о нем отсутствуют.

Себя характеризует с детства очень живым, подвижным, вспыльчивым, обидчивым и раздражительным. Помнит, что избил няньку за то, что та не сделала чего-то, чего он требовал. Пригрозил матери, что повесится, когда она его обидела. Кончил 4 класса гимназии и ремесленное училище. С 18 лет начал работать столяром. В молодости был неуживчив, беспокоен, не имел близких друзей, со всеми ссорился. Увлекался поэзией Есенина. После смерти поэта была тоска, хотел покончить с собой, были зрительные галлюцинации – лечился тогда в больнице с диагнозом „шизоидная психопатия с наклонностью к эпилептоидным реакциям“ (история болезни не сохранилась).

Под наблюдением диспансера с 21 года. Через полгода после выписки из больницы вновь решил покончить с собой, заготовил веревку, оповестил об этом домашних. На приеме у врача объяснил свое намерение тем, что не удался брак, что жена изводит и порочит его, жалуясь всем, что он ее бьет. Считает ее не вполне нормальной, но имеющей виды на его комнату. На работе конфликты, после одного из них уволен. Диагноз тот же.

Следующая запись в амбулаторной карте через 6 лет. За истекшие годы развелся и добился выселения жены по суду. Обращение к врачу связано с тяжбой по поводу очередного увольнения – в результате добился восстановления на работе. Писал высокопарные прошения, апеллировал в них к гражданским чувствам адресатов.

В 28 лет обратился с жалобами на слабость, рассеянность, пониженное настроение. Стал грубо ошибаться на работе: посылает вагоны не на те пути, неправильно оформляет документацию, к своим просмотрам относится без должной критики, не считает их грубыми. В беседе с врачом „резонерствует“ (по оценке психиатра), речь непоследовательна, перескакивает с одной темы на другую. Говорит, что у него „не варит голова“, в ней „пустота“, „нет соображения“. Считает, что на работе все против него, поэтому он со всеми в ссоре. Диагноз: „шизофрения с эпилептоидными чертами“.

Сменил работу и профессию. Через год – сходное состояние: вновь – грубые просчеты в работе, рассеян, „голова как в угаре“. Старается скрыть свое болезненное состояние от окружающих, говорит, что его „убил“ прошедший о нем слух: все будто бы говорят о его болезни. Не спит ночами. Утверждает, что первая жена обобрала его и скрылась, а вторую жену родные настраивают против него. Он „от всего этого делается хуже дурака“, и все „смеются над его задумчивостью“. Речь с „отвлечениями, непоследовательная“ (по оценке врача диспансера).

В 33 года помещен в больницу. В выписке, после обследования больного на дому, сообщается, что он живет с обеими женами, избивает и терроризирует их, пьянствует, таскает из дома вещи и затем обвиняет жен в кражах – они перед стационированием обе от него сбежали. В больнице был „многословен, склонен к аффективным разрядам, эгоцентричен“. Выискивает всяческие недостатки в отделении, грозит жалобами, ссорится с персоналом, добивается для себя особых удобств. Держится „настороже“, боится подвохов, раскаивается в своей „искренности“. Жалуется на неустойчивое настроение, меняющееся „сто раз на дню“.

После выписки некоторое время был относительно спокоен, работал кладовщиком, получил хорошую рабочую характеристику. Через несколько месяцев вновь начало нарастать возбуждение: опять невыносим в быту, клевещет на соседей, шантажирует их доносами, обвиняет в государственных преступлениях, пишет на них жалобы, то же – в отношении сотрудников (1938–1939 гг.). Ведет себя на работе несоответственно своему положению: отпускает товар без визы начальника, называет себя самостоятельной единицей: он не обязан кому-либо подчиняться. Со слов жены (на время вернувшейся к нему), бывает совершенно невменяем: бьет посуду, ломает мебель, гоняется за ней с топором; в другое время „хороший“, но и тогда остается недоверчив и скрытен: она не знает, например, где он работает. Через год вновь обратился в диспансер с жалобами на тоскливость: не справляется с работой, сотрудники будто бы зовут его „психом“.

В первый год войны не выносит воздушных тревог, испытывает постоянный панический страх, тосклив, плачет на приеме, видит дома сына (эвакуированного), слышит его плач. Весь год в подобной тревоге: лежит, не выходит на улицу, оставил работу, „опустился“. Жалуется в 1942 г., что видит, как из печки „выходят страшные женщины“ и что-то замышляют против него, отовсюду выглядывают пугающие его рожи. Слышит „оклики“, выбегает из дома, спрашивает у прохожих, кто его звал. „Нестерпимая“ головная боль, бессонница. С пафосом описывает это состояние в записках врачу, кончая одну из них так: „Будьте прокляты от имени моего ребенка руки, писавшие 76“ (статья в военном билете, освободившая его от службы *в* армии). Оформлена третья группа инвалидности.

При обследовании на дому в 1947 г.: в комнате грязь, беспорядок, из мебели один диван. Лежит в том же году (ему 41 год) в психиатрической больнице. В выписке отмечается „многословие, назойливость в обращениях к врачу“, с больными держится обособленно. Периодически делается тосклив, задумчив, „нет памяти“. В другое время говорит с неистощимым напором, который в амбулаторной карте оценен как логорея. Жена замечает, что он „может говорить весь день и не кончит“. Постоянно увольняют с работы, нигде подолгу не задерживается. Жалуется врачу на плохое отношение к нему в столярной мастерской. Получил 2-ю группу инвалидности.

В 1951 г. новое ухудшение. После того как ему отказали в ЗАГСе оформить третий брак (вторая жена ушла без оформления развода), ночью видит дьяволов, кошек – „гоняется за ними“ с топором в руках, слышит

голоса, говорящие ему, что и эта жена уйдет от него тоже. Стационирован. В выписке отмечено „бесконечное резонерство и самовосхваление“: он честен, непреклонен, принципиален и т. д.; выглядит при этом подозрительным, настороженным. Консультирован проф. Зиновьевым, диагноз: „Шизофрения, реактивное состояние“.

Обследование на дому в 1953 г. Имеет 2-ю группу инвалидности, подрабатывает на вокзале, подносит вещи. Напряженные отношения с соседом (много лет одним и тем же): тот будто бы хочет заразить его туберкулезом, для этого повсюду развешивает свои вещи. Сын, учившийся на физфаке университета, заболевает шизофренией, совершает преступление, отбывает принудительное лечение. Пишет десятки писем в прокуратуру, правительство, диспансер и т. д., заполняет сотни страниц ровным мелким почерком – цитирует Есенина, драматически описывает заурядные события своей жизни, придавая им мнимую значительность.

В последние годы диспансер посещает редко. Живет с женщиной, имеющей двух дочерей от первого брака, уборщицей. Вздорен, не терпит возражений, воспринимает каждое как направленное против него лично, бьет соседа, грозит ему (без свидетелей) убийством, купил ружье и демонстративно повесил его на просматривающуюся из коридора стену. Терроризирует не только его, но и своих домашних. Стеничен, активен. Работает где-то фотографом (?), но где, неизвестно: по-прежнему скрывает места работы. В диспансере жалуется, что в мастерской над ним издеваются, крадут инструменты. С врачами старается поддерживать хорошие отношения, поскольку они „помогали ему в жизни“. Выпивает – теперь как будто бы меньше, чем прежде. С сыном, которого, по его словам, очень любит, почти не видится.

К обследователю отнесся недоверчиво: особенно подозрительным показалось ему, что тот зашел сначала к соседу и лишь потом – к нему. Потребовал документов, в ответах был сугубо краток, формален. Быстро ожесточается, повышает голос до крика, – _ – разговор приходится останавливать из-за его нарастающей злобности. С женой и обеими приемными дочерьми ведет себя столь же холодно и враждебно, „привычно“ выходит из себя, кричит и на них тоже. Голос с монотонно звучащими модуляциями, сам больной эмоционально и мимически предельно однообразен, озлобляется всякий раз как бы „по шаблону“, с одинаковой судорожно искажающей лицо гримасой (В).

(Уже после обследования вновь попал в психиатрическую больницу. Начал подозревать жену в измене, останавливал незнакомых людей на улице, рассказывал им, что жена сожительствует с другими. Пил перед этим запоем. Сделался очень возбужден, грозил убить жену, был помещен в больницу после жалобы ее дочерей в милицию. В выписке: „возбужден, раздражителен, ссорится по малейшему поводу“; после лечения нейролептиками „стал мягче и спокойнее“.)

Данный случай может быть отнесен к той разновидности „шизоэпилепсии“, которую в тридцатых годах называли „шизофренией, протекающей на эпилептоидной почве“, хотя и „эпилептоидия“ и „шизофрения“ здесь, во-первых, во многом атипичны сами по себе и, во-вторых, спаяны в единое целое. Сущность болезни, ее ведущего синдрома – в атипичных циркулярных аффективно-бредовых фазах с восстановлением состояния к исходному после каждого из обострений, но с нарастающей картиной эмоционального оскудения и „уплощения личности“ в более отдаленной перспективе. Формирующийся личностный дефект близок к шизофреническому: стереотипизацией эмоций, мимики, холодными монотонными аффектами злобы и подозрительности, отсутствием привязанности к кому бы то ни было, аффектацией и декларацией отсутствующего чувства любви к душевнобольному сыну, резонерством. Вместе с тем больному изначально и до последнего дня свойствен ряд расстройств, традиционно относимых к эпилептоидному кругу: чрезвычайная аффективная лабильность под воздействием внешних обстоятельств, взрывчатость, сутяжничество, мелочная мстительность, неуемные материальные притязания, запойное пьянство. Эпилептоидия особенно выпукла здесь в состояниях гипоманий с расторможением влечений, депрессивные же состояния тяготеют больше к шизофреническому полюсу и сопровождаются идеями отношения и расстройствами хода мыслей, выступающими в это время на первый план страдания. Психогенные картины: реактивные „истерические“ и аффект-эпилептические сумерки – вновь возвращают нас к эпилептоидной патологии: они протекают на фоне частично помраченного сознания, сопровождаются повторяющимися зрительными обманами и зоопсиями, считающимися характерными для смешанной патологии этого рода (см., напр., у М. А. Слободской). В отличие от „рядовой“ шизофрении здесь не вполне ощутим „схизис“, кататоническая составляющая шизофренического психоза и его движущая сила: ни в гипоманиях, ни в ремиссиях в личности больного неочевидна кататоническая „подоплека“ психоза: он холоден, монотонно злобен, но не столь рассеян, аутистичен, машинален, „пуст“, „обезличен“, как „обычные“ вялотекущие шизофреники. В депрессии более заметны шизофренические „дыры“ и „зияния“: расстройства хода мыслей непосредственно с ними связаны – но и „депрессивный вакуум“ у него как бы заполнен сохраняющейся эпилептоидией: как субъект болезни он ведет себя не расщепленным (resp. кататоническим) образом, а как целостная личность, постоянно сохраняющая свои притязания, амбиции и все столь характерные для нее „отрицательные“ качества, которые не „облагораживаются“ даже наступающей депрессией. Такая относительная цельность и сохранность больных шизофренией, изначально обнаруживавших эпилептоидные черты личности, известна. Ее отмечает, например, П. Д. Фридман (цит. по М. А. Слободской): „Больному шизофренией с гетерономным ей преморбидным характером, вследствие сохранности стеничности, обычно не бывает свойственна вялость и замкнутость. Они долгое время участвуют в жизни, проявляя большую и полезную деятельность. Они более доступны, у них реже встречается манерность, меньше шизофренических повадок. Они более просты, естественны, лишены шизофренических чудачеств и остаются долго

практическими людьми“.

(Учитывая эту относительную интактность того, что называют личностью, в данном случае можно говорить и об атипичном циркулярном психозе у мозаичного психопата – с медленно прогрессирующим обеднением психики и утяжелением личностных расстройств, или, что то же, о краевом дегенеративном психозе у психопата. В любом случае диагностические сомнения здесь связаны скорее с системной недостаточностью классификации, чем с неполнотой сведений о больном или неумением ими пользоваться.)

Два описанных ниже родственника, мать и сын, также больны „шизоэпилепсией“, но положение здесь иное. Если в предыдущем наблюдении впечатление таково, что основной болезненный процесс (атипичный циркулярный или шизоаффективный) протекает на „гетерономном“ эпилептоидном фоне и лишь оформляется „реакцией почвы“, участвующей в болезни в качестве дополнительного патопластического фактора, то в следующих наблюдениях имеет место как бы активное влияние и слияние двух патологических начал, вступающих в тесное единство между собой на семейном уровне, которое прослеживается в трех поколениях. Случаи эти, по всей вероятности, являются промежуточными или „гибридными“ между эпилепсией и шизофренией – возможность таких форм допускалась многими.

Набл.14. Женщина 62 лет, украинка. Родилась в крестьянской семье Смоленской области. Отец был психически болен. В молодости он был заметной фигурой на селе: самостоятельно выучился читать и писать, собрал библиотеку, в годы революции– красноречивый агитатор, единственный коммунист в деревне; был, сверх того, азартный картежник. Позже у него начались „психозы страха“: ему казалось, что его хотят убить, зарезать некие злоумышленники; состояния эти случались с ним чаще всего, когда он выезжал из деревни: в городе, в дороге. В 50 лет, охваченный внезапным страхом, прыгнул на ходу с поезда и сломал ногу. Говорил о себе: „среди людей больной делаюсь, не удержишь“. Был патологически ревнив и подвержен вспышкам необузданной ярости. Обычно „мягкотелый“, безвольный, мог вдруг „озвереть“: однажды пробил жене молотком голову; в другой раз, зимой, гнался за ней семь километров, а она бежала от него по снегу босая. После таких „взрывов“ „валялся у нее в ногах“, просил, чтобы „в следующий раз“ от него убегали, потому что он „собой не владеет“. Умер от гангрены ноги: не захотел ехать к врачу, подозревая родных в том, что они хотят „упрятать“ его в психиатрическую лечебницу. Мать была с жестким, волевым, „мужским“ характером, несколько раз уходила от отца и была возвращаема полицией. Дядя по матери страдал „тихим помешательством“ – о нем помнят только, что он в болезни ловил мух и прятал их в коробочку. Братья и сестры больной (их было несколько) все были „заметные личности“ и, несмотря на житейские трудности, получили высшее образование; один из братьев был профессором истории; по характеру все трудные, упрямые, строптивые, в тридцатые годы почти все были репрессированы.

Сама обследуемая росла одинокой, нелюдимой: очень боялась отца, который однажды бросил в нее лопату, когда она „неправильно“ вскопала грядку. Дважды в детстве пыталась отравиться спичками: один раз – обидевшись на отца, в другой – оттого, что мать сказала что-то „не тем голосом“. Очень любила читать книги из отцовского собрания. Другой ее „страстью“ было мытье полов: всегда следила за их состоянием и однажды после тяжелой болезни, сопровождавшейся беспамятством, первое, что спросила, было, чистые ли полы в доме. Месячные – с 16 лет, на год прекратились, затем возобновились и шли регулярно.

В юности оставалась замкнута, но на людях стала держаться увереннней. В 17 лет переехала в Москву, где жили ее братья, устроилась на фабрику. Лет с 20 начала заниматься общественной деятельностью, чувствовала к ней особенное влечение, была смелой в высказываниях, резкой и принципиальной с начальством – ее любили за это. В 22 года потребовала на собрании, чтобы зачитали критикуемую программу оппозиции – не потому, что разделяла ее позицию, а из чувства справедливости: считала неправильным, что ее читают украдкой или обсуждают не читая. На все уговоры „взять свои слова обратно“ отвечала: „Расстреляйте, не откажусь“ – так оно примерно в дальнейшем и вышло. Была исключена из комсомола, ее начали преследовать на фабрике, ложно обвинили во вредительстве, уволили. Она подала в суд, доказала свою правоту, была поначалу восстановлена на работе и ее руководители – даже наказаны.

После этого у нее появились, с ее слов, „психозные“ состояния. Ей казалось, что все кругом говорят о ней плохое: на фабрике, на рабфаке, где в это время училась; думала также, что к ней неравнодушен один из преподавателей. Появились „оклики“, слышала, как кто-то спрашивает у нее время, сделалась очень рассеянна, появились „провалы в памяти“: пока шла к доске, забывала что знала. Ни с кем не посоветовавшись, бросила рабфак и, чтобы не было пути назад, сожгла выполненные домашние задания. Из рабфака ее долго не отчисляли, но сделали это после консультации психиатра, диагностировавшего шизофрению. Лечилась дома: врачи сказали, что в больнице ей будет только хуже. Плохо себя чувствовала в течение 3–4 лет: казалось, что соседки по общежитию плохо к ней относятся, продолжала слышать оклики, „стуки в дверь“, звонки. Видела днем образ матери. Появились состояния, когда ей казалось, что к ней протягивается чья-то рука и хватает ее за горло (обычно лежала в это время и, возможно, засыпала).

В 27–28 лет почувствовала себя лучше: галлюцинации прекратились, „перестала бояться людей“, начала работать библиотекарем. В 28 лет была арестована и по ложному обвинению приговорена к 10 годам заключения. В лагере в первые 5 лет было „особенное“ состояние: казалось, что происходящее с ней – сон, „не осознавала, что живу“. Одновременно появилась особая острота „внутреннего“ чувства: сделалась „ясновидицей“: видела „вещие“, „сбывающиеся“ сны, делала это „по заказу“, исполняя просьбы заключенных, желавших узнать будущее: так, предсказала будто бы некое ограбление и перевод по этапу. В лагере ее

домогался якобы некий специалист, инженер, который, хотя и был заключенным, имел большое влияние в лагере и диктовал условия начальству, и оно будто бы тоже требовало от нее, чтобы она с ним сожительствовала. Так или иначе, но она родила от него (?) в 32 года сына, которого сразу же взяли в лагерный детдом. Всячески пыталась проникнуть к нему (что запрещалось под страхом смерти), шла „напролом“ через охрану. С момента рождения ребенка „начала мыслить реальнее“, „все сосредоточилось на нем“, „ясновидение“ почти полностью прекратилось, обостренность и одновременно нереальность восприятия мира поблекли. Перенесла в это время травму головы, сделали рентгенограмму черепа, на ней обнаружили чрезмерное обызвествление лобной кости.

В 40 лет была освобождена. В течение двух лет бедствовала, скиталась с ребенком по стране, пока брат не устроил ее бухгалтером в маленьком северном городе. Со времени оседлой жизни резко ухудшилось общее состояние, повысилось до 240/120 мм артериальное давление. В периоды месячных стала невынослива к резким запахам, от керосина возникали приступы: „начиналось с тошноты и удушья, затем сердцебиение, ползет к горлу, как бы теряешь сознание“, потом – холодный пот, давящие боли в глазах, мушки в поле зрения, головная боль, рвоты. Получила инвалидность по гипертонической болезни. Давление остается повышенным и поныне, но очень высокие цифры теперь редкость. С 57 лет климакс и с ним – тяжелые приливы с резкой слабостью, тошнотой, болью в глазах. (Боль в глазах была свойственна ей и прежде: иногда она начиналась от волнения, от того, что кто-то „не так“ на нее посмотрел, могла возникнуть от чтения; с детства у нее высокая степень близорукости.)

Соседи по коммунальной квартире описывают ее поведение так. Она рано встает: около пяти утра – и начинает ходить взад-вперед по коридору как маятник, надевая галоши и шаркая ими. Весь день напролет что-нибудь моет или стирает: „выпьет из чашки, поставит ее, пойдет к себе, вернется с полпути, вымоет, поставит чашку на место, еще раз вернется и ополоснет снова“. Ежедневно на несколько часов занимает ванну. По словам сына, каждые 3–4 дня перестирывает ему рубашки – независимо от того, носил он их или нет: „просто подошло время“. Старается не браться за дверные ручки. Поведение свое объясняет тем, что не любит грязи. Самая большая ее мечта – чтобы в ее комнате поставили раковину. Признает себя душевнобольной, но постоянное мытье белья и посуды не считает проявлением болезни. Соседи говорят, что если ее „не трогать“, то это – тихая, незаметная женщина, старающаяся пройти стороной и не обратить на себя внимание, но может и браниться во весь голос – особенно когда ей делают замечания по поводу ее бесконечного мытья и стирки, причиняющих соседям большие неудобства. После таких столкновений, по ее словам, не спит ночами, думает только о них, начинает, „неизвестно почему“, волноваться, появляются „звонки“, оклики, возвращаются ночные видения, которые существуют у нее с давнего времени. Повторяется всякий раз одно и то же: „приходит крупный рыжий мужчина, называет ее по имени, берет за горло и душит“. Видит она его как в тумане, но знает, что это всякий раз один и тот же человек. Вслед за ощущением удушья у нее „отнимается язык, затем руки и ноги“, она лежит как в параличе, не может повернуться в кровати. Иногда видит не всю фигуру, а только подкрадывающуюся к ней руку. Сын, подытоживая болезнь матери, говорит, что у нее „две мании“: одна – чистоты, другая – любовная: ей всю жизнь казалось, что кто-то добивается близости с нею. Живут оба уединенно, ни к кому не ходят, она по какой-то причине не пользуется транспортом. Раньше у них останавливался проездом брат: тот, что помог ей в свое время, – но в последний его приезд она грубо оскорбила и выгнала его: за то, что тот „наследил“ в комнате. К психиатрам после 1936 г. обращалась только однажды: два года назад, когда пыталась с помощью диспансера получить отдельное жилье. Врач сказал ей тогда, что для этого нужно лечь в больницу, но она наотрез отказалась, потому что „не выносит уколов“ и очень боится спинномозговой пункции; следов этого посещения в диспансере не обнаружено.

Комната, в которой она живет с сыном, совершенно „голая“: стоит лишь кровать матери, „раскладушка“ сына, старый гардероб и этажерка с небольшим количеством книг. Стола нет, окна без штор. Больная ходит по комнате босая, а когда выходит в общий коридор, надевает старые, стертые галоши, всегда лежащие у порога. Воздух затхлый, вид комнаты совершенно необжитой, хотя оба живут здесь больше четырех лет. Сама обследуемая – коротко стриженая, неряшливо одетая женщина; только что пришла с улицы и осталась в длинном, во многих местах латанном пальто, в мужских ботинках. Удлиненный, вытянутый череп, стрижка „под мальчика“, почти наголо. Походка ходульная, движения „маятниковые“, размашистые, чрезмерные. Принимает необычные позы: на стуле не сидит, а стоит на коленях, упираясь локтями в стол; объясняет, что ей так удобнее; в этом положении еще наклоняет голову набок и подпирает ее рукою. Мимика преувеличенная, усиленная, с оттенком гримасничанья. Говорит нараспев, громко и монотонно. Охотно рассказывает о себе, но не все, а выборочно: о том, что сама считает болезненным, – говорит, например, о ночных приступах, но умалчивает или прямо отрицает, что моет и стирает „лишнее“. Доказывает „с фактами в руках“, что ее действительно всю жизнь преследовали любовными домогательствами. Сыну может сказать о „магии“, но в беседе с врачом ушла от этой темы. Ругает своих соседей, утверждает, что они любят „издеваться“ над ней, запрещают ей стирать, одну из них не раз назвала „моральной садисткой“: больная – на кухню и та за нею, делает ей замечания. От обследования в больнице, даже с надеждой получить справку для отдельной квартиры, отказалась: с той же мотивировкой, что боится инъекций и спинномозговой пункции (В).

Психическая болезнь этой женщины как бы складывается из двух половин – эпилептической и шизофренической, причем обе то проявляются розно, то выступают „единым фронтом“. К шизофреническому ряду (у больной преобладающему) относятся: рано возникшие навязчивости, депрессии с бредом отношения и

преследования, любовные идеи, оклики, другие элементарные слуховые обманы, расстройства хода мыслей, в последние годы – постоянный бред преследования малого масштаба, связанный с соседями, „любовная мания“, стойкие навязчивости, по-видимому родственные бреду загрязнения, периодически выявляющиеся идеи колдовства, нарастающее одиночество, „странность“, парамимия. Характерно, что к этому ряду симптомов у больной нет критики, она недоступна в их отношении – в отличие от расстройств, связанных с эпилептиформной патологией.

К последней следует отнести давно существующие у больной просоночные (?) и психогенно провоцируемые пароксизмы, протекающие с единообразно повторяющимися зрительными галлюцинациями, сменяющимися экстракампинными и галлюцинациями общего чувства, завершающиеся чувством удушья и катаплектоидным состоянием, последовательным образом парализующим ее члены. К тому же органико-эпилептоидному ряду расстройств следует отнести и вегетативные приступы, в частности – провоцируемые резкими запахами, и, возможно, тяжелую артериальную гипертонию климактерического периода. На личностном уровне на преморбидную эпилептоидию указывают повышенная „принципиальность“, гиперсоциальность больной, ее жертвенное правдолюбие (повлекшее за собой репрессии), заразительность и популярность ее „агитации“. К этому же полюсу можно отнести реактивное состояние в лагере: с „ясновидением“, обостренным мистическим и магическим чувством, „пророчествами“. Такая „архаическая“ структура реактивного психоза более свойственна эпилептикам – с их готовностью к сумеречным трансам, к активному бытию в сверхъестественном, ирреальном, но ярко-чувственном времени и пространстве (а не пассивному дрейфу в тусклом, обесцвеченном, дереализационном мире шизофрении). Характерно и то, что ко всем пароксизмальным расстройствам у нее сохраняется если не критика, то сознание чуждости вызываемых ими переживаний и ощущений – как это бывает при эпилептиформных психических расстройствах с неполной амнезией происшедшего.

Прежде чем рассматривать далее соотношение этих двух патологических начал в психозе больной, обратимся к сыну, который во многом повторяет ее судьбу и болезнь. (Дед был, видимо, „болен тем же“, но сведения о нем недостаточны и на них трудно опереться. Между тем он тоже страдал пароксизмами необузданной ярости с сужением сознания и фугами преследования, заканчивавшимися тяжелым и страстным покаянием, и у него тоже был бред ревности, к которому в последние годы присоединился бред преследования. Семья, впрочем, отягощена душевной патологией с обеих сторон: дядя по матери страдал „тихим помешательством“, характер которого по скудости сведений установить невозможно.)

Набл.15. Мужчина 31 года, сын последней. Об отце ничего достоверного. Не ходил и не говорил до пяти с половиной лет. Мать связывает это с исключительными условиями его развития: он содержался все время в лагерных яслях с детьми до года, где его оставили, потому что он страдал спазмофилией. Потом сразу „встал и пошел в школу“ (ему и шести лет не было). Оказался здесь самым способным из учеников: в 8 лет был уже в третьем классе. До 10 лет характеризуется одиноким, скрытным, пристрастным к чтению: читал „все подряд“. В 10 лет, учась по-прежнему в третьем классе (пропустил два года, скитаясь с матерью), сделался труден для преподавателей: ставил их в тупик меткими, чаще всего обоснованными, язвительными замечаниями, вызывая общий смех и „срывая уроки“. Однажды, когда преподавательница накричала на ученика, встал, зажал с серьезной миной уши и вышел из класса. Способности сохранялись, получал хорошие отметки, но ожесточил против себя последовательно учителей трех школ города. Жил в это время у родственников, там также восстановил против себя взрослых: подмечал и ядовито высмеивал их недостатки. Признавал авторитет лишь одной тетки, которая „нашла подход к нему“ и не стеснялась грубо обрывать его и „ставить на место“. Лет в 12–13 стал спокойнее, „обычнее“, вошел в круг сверстников, был там „не на первом, но и не на последнем месте“: до этого друзей не было, „паясничал в одиночку“. Учился все так же хорошо, был сообразителен, с хорошей памятью. В 16 лет его снова „словно подменили“: сделался вялым, понурым, „ушел в себя“, сделался робок, стеснителен, „не от мира сего“. Жил у родных, затем в общежитии фабрично-заводского училища, где не мог сблизиться с соседями по комнате, пристать к их компании – они без видимой причины „сделались его врагами“. Начал в это время (17 лет) украдкой писать рассказы. Через полтора-два года вновь стал бодрее и жизнерадостнее, подружился с одним из учеников ОЗУ, тоже сочинителем, перешел в новую комнату в общежитии, где к нему отнеслись уже „нормально“. Поступил на завод рабочим. В 20 лет послал рассказ в литинститут, был вызван туда и принят в студенты (I). Учился до 26 лет, был всецело занят писательством – сверх него были лишь небольшие, второстепенные увлечения: бильярд, настольный теннис. Посещал компанию начинающих авторов, с чужими чувствовал себя скованно, женского общества чурался в особенности. Рассказов его не печатали, хотя признавали их достоинства: герои его были все сплошь „отрицательные“ персонажи, а сама проза – „несозвучна эпохе“. Не расстраивался из-за этого, ограничивался тем, что посылал свои произведения в редакции, не предпринимал ничего сверх этого, к критике относился безразлично. На последних курсах увлекся философией и гимнастикой йоги. Одно время ничем другим не занимался, „дошел до второй степени очищения“ – от дальнейшего самоусовершенствования вынужден был отказаться: для него надо было все бросить и переселиться на лоно природы, подальше от цивилизации, а он не был еще готов к этому. Учился по-прежнему легко, сдавал экзамены без всякого напряжения. По окончании института был направлен в одну из московских редакций. Там его хорошо приняли, но он, неожиданно для всех, не оформился по назначению, а устроился грузчиком на хлебозавод – матери сказал только, что не способен заниматься журналистикой. Работает грузчиком 4 года, скрывает от нанимателей высшее образование.

Становится в последние годы все более странен и отрешен от реальности. Строит какие-то „наполеоновские" планы написания большого литературного полотна, но пишет в действительности все меньше и реже, ничего не доводит до конца, теряет интерес к начатому; все более погружается в религиозные учения, теперь – православие, читает только жития и наставления святых, собственноручно перепечатывает и переплетает их; часами перебирает пальцами и стоит на голове по системе йоги. В это время его нельзя окликать или трогать – иначе впадает в ярость. Вообще запрещает обращаться к нему, сводит всякое общение с людьми до минимума, холоден и враждебен к матери. Однажды набросился на нее с кулаками: когда она захотела выключить в Два часа ночи свет, а он читал в это время. К женщинам „питает отвращение". В наставлениях святых ему особенно близки и созвучны аскеза и ее философское обоснование. Постоянно на полуголодной диете: работая грузчиком, уже 2 года не ест мяса и питается раз в день; в воскресенье, например, у него в рационе – тарелка каши и бутылка кефира. Похудел за 2 года на 16 кг. Временами слышит „звонки в дверь" и „оклики". Недавно нашел у порога комнаты обломок иглы и решил, что тут „замешана магия": „не знал только, кто может ею заниматься". С ним случаются приступы, сходные с теми, что бывают у матери. Несколько раз лежа он видел одну и ту же, „серую как негатив", фигуру в плаще и шляпе: она приближается к нему, он пытается ее схватить, ударить, слышит иногда звук пощечины, испытывает затем крайне тягостное чувство „духовного раздавливания, разможжения", его „душит", „сковывает" – одновременно с этим нарастает „страшный гнев": он борется с призраком, ставшим уже невидимым, пробуждается затем в холодном поту, и все происшедшее воспринимает как случившееся в полусне. Предчувствует появление приступов, защищается от них заклинаниями, окружает себя „мысленными волнами", „уходит в яичко" (терминология йоги?). В прошлом году поехал с товарищем в деревню, снял там дом. Пока товарищ был рядом, все было спокойно, но в первую же ночь после его отъезда, читая, услышал „громовой голос", сказавший: „Немедленно уезжай отсюда!" „Струсил", но уехать отказался, о чем и объявил во всеуслышание. Тотчас к нему „явился человек в плаще" и начал его „душить". Он потерял сознание, не помнит, как оказался лежащим на полу. Вернулся в Москву совершенно растерянный, „с диким взглядом", „затравленный" – сказал матери, что ему приказали убираться вон, но он „назло ему" вернется. Вскоре действительно поехал в ту же деревню, прожил в ней несколько дней и возвратился довольный: видения не повторились. Когда подобное происходит в московской комнате, начинает относиться к ней враждебно, говорит, что в ней поселилась „нечистая сила", что надо из нее выехать. Мать замечает, что в последние годы он „тупеет", „деревенеет", в нем нет прежней живости и гибкости: это ей тем более понятно, что ее судьба была такой же. Он, по ее словам, давно понял, что у него ничего не выйдет в литературе, отказался от нее, но не хочет открыто в этом признаться. Все больше „дичает", не терпит прикосновений: однажды, когда соседский мальчик взял его, лежащего на кровати, за руку, вскочил „со зверскими глазами", закричал, что выбросит его в окошко. Внешне – отчужденного, недоброжелательного вида человек с особенностями телосложения: крупная голова и туловище на относительно коротких ногах; зубы маленькие, „сточенные" (такие с детства). Держится с деланным гостеприимством, нарочито улыбается, но разговаривает нехотя и в безапелляционном тоне. Рассказывает о своих „видениях" и приступах как о болезненных явлениях, но связывает их целиком с действием „нечистой силы", „домового". Уверен, что магия существует, доказывает это с помощью банальных аналогий из истории науки, долго не признававшей того или иного реального явления; как о бесспорном факте говорит о телепатии и ясновидении. Совершенно безразличен к тому, что происходит вокруг него, соседей „не замечает", судит о них лишь со слов матери и по их телефонным разговорам, к которым все-таки прислушивается. Считает мать душевнобольной, согласен с тем, что ее надо лечить, но возможность такого же заболевания у себя отрицает нацело. Не видит ничего предосудительного в работе грузчиком, перечисляет ее достоинства: она проходит на свежем воздухе и оставляет много времени для писательства – чем он, впрочем, уже не пользуется. Заниматься журналистикой не может органически: никогда бы не смог писать под чужую диктовку, а размениваться на редакторство не намерен. В ходе беседы предельно однообразен, сохраняет „постное", „монашеское" выражение лица, то притворно радушное, то очевидно злое. Когда врач вышел на кухню, дверь за ним случайно (?) захлопнулась – он отказался открыть ее, сказал, что пусть это делает мать, раз она повесила замок – проговорил это с неожиданной взрывной яростью и ожесточением. Страдает экземой, в остальном физически здоров (В).

Шизофрения у сына тоже очевидна. Болезнь здесь текла вначале длительными, растянутыми во времени аффективными приступами, но в последние годы нарастает и преобладает хроническая параноидная и микрокататоническая симптоматика, прогрессирующие отстранение и аутизация больного. Имеется и эпилептиформный ряд расстройств – психические пароксизмы, во многом повторяющие таковые матери. Это вновь просоночные, на грани сна и бодрствования, каждый раз одинаковые приступы сложных галлюцинаций, развивающиеся по единому стереотипу, завершающиеся обездвиживанием и глубоким, иногда полным помрачением сознания; по окончании припадка характер сновидности происшедшего распространяется и на продром приступа. Пароксизм оставляет после себя бред магического содержания, определяющий на какое-то время поведение больного: он перемещается в пространстве, готов съехать с квартиры. Поведение меняется у него и перед приступом: предчувствуя его, он совершает защитные ритуальные действия, произносит „заклинания". Отличием от матери является более активное участие приступов в генезе единого бредового психоза, использующего в качестве строительного материала не только шизофрено-интерпретативные, но и „эпилептические резидуально-постпароксизмальные" (Я. И. Фрумкин) механизмы бредообразования.

В целом, суммируя оба случая, можно заметить, что у обоих, у матери и у сына, шизофреническая

(шизофреноподобная?) патология со временем начинает доминировать в клинической картине целостного страдания. У сына она как бы вбирает в себя эпилептиформную, у матери последняя остается более независима, но и в ее случае состояние на момент осмотра определяется преимущественно шизофренным симптомокомплексом. Такая динамика состояния: от фазной и эпилептиформной к хронической, непрерывно-параноидной, „сращенной с личностью“ – наблюдается и при других смешанных эпилептиформно-шизофреноподобных психозах: это развитие, по мнению некоторых авторов, свидетельствует о хронизации и прогрессировании нейродегенеративного процесса, о переходе его в неизлечимое стационарное состояние.

Скажем в заключение, что оба случая, кроме того, вызывают в памяти образы классических „дегенерантов“ с их комбинированными, психическими и соматическими, пороками развития. Такое впечатление создается прежде всего наличием у обоих „физических стигм вырождения“: несоразмерность сложения и „сточенные“ зубы у сына, долихоцефалический череп и лобный гиперостоз у матери. Особенности походки и моторики последней также необычны, „чрезмерны“ для шизофрении: они не столько манерны и вычурны, сколько, почти как при мозжечковом синдроме, несоразмерно-размашисты. (Говоря иначе, можно предположить, что в случаях „наследственной шизоэпилепсии“, подобных данному, и шизофреноподобная и эпилептиформная симптоматика являются результатом некоего полисиндромного наследственного страдания, более грубого генетического и тканевого порока, нежели в случаях с относительно простой, мономорфной психической патологией.)

Далее – случай, где проявления вялотекущей (латентной?) шизофрении стечением времени смыкаются с атрофической симптоматикой и делаются неотделимы от нее клинически.

Набл.16. Женщина 86 лет. Из старого дворянского рода, правнучка декабриста, готовившего цареубийство. Сведения анамнеза скудны. Известно, что имеет высшее образование. В молодости лечилась у невропатологов по поводу повышенной возбудимости, нервности, бессонницы. Была „впечатлительна“, с изменчивым настроением, непоследовательна: „за все бралась и ничего не доводила до конца“, жалуясь на слабость и утомляемость. Всегда была готова декларировать самые высокие моральные качества: обязательность, готовность к самопожертвованию, но никого этим не убеждала – по мнению семьи, всегда была законченной эгоисткой, „думала только о себе“. Работала недолгое время сельской учительницей, затем корректором, секретарем. Вышла замуж за душевнобольного ученого с периодическими депрессиями (сохранив прежнюю, общеизвестную, фамилию). Говорила родным, что считает своим пожизненным долгом помогать мужу – невзирая на его болезнь и раннюю импотенцию. В течение 40 лет была его „секретарем“ (он работал в ремиссиях); после его смерти, в последние 25 лет всем говорила, что обрабатывает семейный архив, хотя на деле ничем серьезным не занималась: домашнее хозяйство всегда было предельно запущено, в квартире – „вопиющий беспорядок“, ела всухомятку.

В старости ее беспорядочность, эгоцентризм, трудность и неуживчивость характера возросли до анекдотического, выродились в ежедневную клоунаду. Стала заметно бестолкова, постоянна лишь в том, что неизменно и назойливо притязает на общее внимание, требует всяческих удобств для себя, но тут же забывает собственные претензии, как если бы высказывала их из одной привычки и „принципа“, а не по необходимости. Абсолютно невнимательна к людям и окружающему вообще: словно не видит ничего вокруг себя. Ее теперь трудно понять: то кричит в панике, что у нее болит нога, то через минуту забывает (?) о своих жалобах и не понимает, почему вызвали доктора. В последние 3 года одряхлела, часто падает, перестала выходить на улицу.

Истощена, передвигается по комнате с трудом, держась за мебель. В комнате невообразимый хаос, до которого запрещает дотрагиваться: горой навалено старье, одежда, имеющая вид слежавшихся тряпок. Не спросила о причинах визита врача, нашла его естественным. Озабочена „шишкой“ на голове, все время возвращается к ней, щупает темя, спрашивает врача, не видит ли он ушиба, можно ли ей после него читать, ходить, вставать. Сколько-нибудь содержательная беседа невозможна из-за бессвязности речи больной: она все время говорит „невпопад“, отвлекается, „идет по кругу“, возвращается к „шишке“, то и дело предлагает врачу ее потрогать. Помнит основные вехи своей жизни, но текущие события, имена, даты – хуже. В квартире ориентируется, эпизодов спутанности замечено не было. О своей памяти говорит, что не может на нее пожаловаться, „не сегодня-завтра“ примется за архив декабриста. Держится свысока, о родных отзывается пренебрежительно; между тем полностью ими содержится и опекается (А).

Больная принадлежит к категории шизофрено-сенильных микстов, которыми занимались многие авторы. Подобные больные рассматривались по-разному – далее цитирую по А. В. Медведеву:

) как манифестировавшие в старости (под влиянием начавшегося атрофического процесса) и протекавшие до того латентно шизофрении (E. Bleuler, А. В. Снежневский, H. Lechler) либо как:

) особые психотические формы сенильной деменции в наследственном шизофренном кругу (Н. Г. Шумский, Э. Я. Штернберг)».

Учитывая раннее выявление латентно-шизофренической симптоматики, нашу больную следует отнести при таком делении к первой категории. Оба процесса, шизофренный и сенильный, текут здесь мягко, скрыто и проявления одного трудно отделимы от другого. Действительно, ослабоумливающий процесс у нашей больной проявляется не столько в снижении формальных интеллектуальных функций (память у нее снижена, но не настолько, чтобы давать картину столь грубого слабоумия), сколько в возросшей дезорганизации психики – усилении и карикатурном заострении прежних симптомов латентно-шизофренического ряда. Сама

«салонность» ее выглядит карикатурным заострением прежде существовавшей резонерской «светскости», а речь, с ее непоследовательностью, отвлекаемостью, едва не разорванностью, похожа (по построению, а не содержанию) скорее на монолог параноидного хроника, чем атрофической больной. Настораживают упорное персеверирование, дословные повторы речи, но и параноидным больным свойственно постоянное возвращение к одним и тем «ключевым» словам и фразам, регулярно всплывающим в их речевом потоке.

Мы не будем вдаваться здесь в частности данной специальной патологии, о которой M. Bleuler писал – цитирую по А. В. Медведеву: «Нельзя считать решенными вопросы: Могут ли одинаковые психопатологические процессы, которые вызывают „манифестацию“ шизофрении в юношеском и зрелом возрасте, иметь в старости следствием сенильные психозы? Могут ли, вместе с тем, симптоматически типичные сенильные психозы быть по своей сущности шизофрениями, получающими отпечаток через старение? Эти вопросы революционные, но вполне правомерные в рамках рабочей гипотезы». Проблема носит общий характер и, как всегда в психиатрии, возникает на стыке двух и более «больших психических болезней», в промежуточных, связующих их звеньях. Нас в этой работе, в силу малого объема выборки, могли интересовать лишь самые общие отношения между имеющимися в психиатрическом обиходе диагностическими рубриками и реальной патологией, встречающейся при популяционном обследовании. Повторим, что мы не отбирали больных искусственно: все они попали в выборку случайно. В этих условиях выявляемая пропорция атипичных, промежуточных, «труднодифференцируемых» и т. д. патологических форм знаменательна. Такое положение может, повторяясь и говоря схематически, определяться двумя причинами: 1) случайным сочетанием разных болезней и предрасположений, частых сами по себе и провоцирующих и усиливающих друг друга, и 2) несовершенством классификации, которая из непрерывного ряда расстройств выхватывает отдельные звенья, типизирует их и ставит в основу систематики, расчленяя естественный континуум на совокупность дискретных, не связанных между собой единиц патологии. Оба варианта просчитываются с помощью простых математических методов – надо лишь иметь в распоряжении достаточный объем однородно обработанной информации. Если верна последняя модель, то мы возвращаемся к концепциям «вырождения» и «единого психоза», предполагающим генетическое родство и вытекающее из него феноменологическое единство всей эндогенной психической патологии.

В) «Неуточненные параноиды»

Набл.17. Женщина 56 лет. Сын – алкоголик. О себе рассказывает только, что родом из деревни, работала всю жизнь разнорабочей, в последнее время на пенсии. Соседи по дому все в один голос говорят о ее странностях. Она почти не бывает дома, ходит крадучись, на кухне поздно вечером «разговаривает с собой»; если сталкивается с соседкой по квартире, то отделывается пустыми, ничего не значащими фразами и старается побыстрей уйти; если о чем-нибудь спрашивают, то смотрит «дико» и проходит мимо: выглядит все время так, будто чего-то сильно боится. Недавно без всякого предупреждения вошла среди дня на кухню и, не говоря ни слова, посрывала со стен крючки. По ночам долго моется.

Еле впустила врача к себе. Не садилась, стояла у двери. Глядит все время подозрительно, недоверчиво. Сведения о себе дала самые формальные и уклончивые, повторяет одни и те же примитивно построенные фразы. Постоянно выражала желание кончить беседу, но подчинялась, когда врач настаивал на ее продолжении. Говорит о себе «мы»: «мы моем, стираем, убираем» (А).

По всей вероятности, речь здесь идет о параноидно-парафренной пропфшизофрении, хотя доказать что-либо по недостаточности сведений трудно. «Олигофрению» и «шизофрению» соединяет такое же – если не большее – число промежуточных форм и состояний, как «шизофрению» и сенильные процессы. Больные этого рода обнаруживаются в населении в количестве, позволяющем говорить о важном, статистически значимом связующем звене в психиатрической систематике: у нас они описаны преимущественно в разделе олигофрении.

Случай иного рода – хотя, возможно, в чем-то родственный предыдущему.

Набл.18. Женщина 57 лет. Русская из Мичуринска. Отец – пастух, его помнит плохо, мать – разнорабочая, «старинного воспитания», верующая: «то грех, это».

В детстве перенесла полиомиелит, до 5 лет не ходила, затем осталась хромота, левая нога короче и слабее правой. До 22 лет жила с матерью, работала на огороде. «Тихая, смирная, ни с кем не ругалась», «не смотрела» на молодых людей, постоянно помнила о своем физическом недостатке, считала, что не сможет из-за него выйти замуж: «здоровые и те не живут, разводятся»; никто из молодых людей при этом не нравился. Читать не любила, книги недопонимала. С 22 лет в Москве: переехала к брату, до 35 лет жила в его семье. Два года проработала мотористкой на фабрике, затем оставила работу: боялась, что затянет в станок здоровую ногу. Двадцать лет проработала садовой рабочей, держалась в коллективе неприметно. В последние годы живет одна, получила комнату в коммунальной квартире, которую обменяла на настоящую. Ведет уединенный образ жизни, регулярно посещает церковь, о чем говорит неохотно. Кино, телевизором не интересуется. В последние два года на пенсии.

С молодости (впервые в 16 лет) находили повышенное давление крови. В последние годы чувствует себя хуже: слабость, постоянная готовность к одышке, боли в сердце. Два года назад был инсульт с преходящим парезом левой ноги, полтора месяца лечилась в стационаре. В том же году ослабела левая рука и начал «заплетаться язык» – эти явления держались сутки. С этого времени стала физически слабее и забывчивее: не помнит, что хотела купить, зачем полезла в сумку. Стала «нервной», легко тревожится – прежде была спокойная, теперь одолевают всякого рода волнения, опасения и сомнения. В последние полгода –

увеличивающаяся в размерах трофическая язва на левой ноге, травмируемой ношением специальной обуви.

Это – анамнез данный больной. Соседи добавляют к нему следующее. Она постоянно подозревает то одних, то других жильцов квартиры в том, что они проникают в ее комнату и «хулиганят»: поцарапали мебель, обрезали халат, пришили пуговицу к пододеяльнику, затем вырвали ее с тканью. Если подозревает одних соседей, то жалуется на них другим и обратно. То же, по слухам, было и в предыдущей квартире. Бывает более общительна и спокойна, в другое время – возбуждена, придирчива, утверждает, что застала соседку у себя в комнате, всем рассказывает об этом. Иногда говорит о «колдовстве»: «ногу заколдовали, не вылечивается». По слухам, также идущим из прежней квартиры, она баптистка и ее будто бы привлекали к суду за ведение религиозной пропаганды. Имеет знакомых, которые приходят к ней и действительно проводят много времени запершись: шепчутся – о чем, из коридора не слышно. Заводит и новые знакомства, которые оказываются на редкость прочными: так, близко сошлась с дворничихой. Ходит только к брату, который помогает ей деньгами, но навещает его редко: не хочет, по ее словам, мешать его жизни.

Внешне – тихая, незаметная женщина; долго уходила от беседы, ссылаясь на неотложные дела, в один из приходов врача попыталась спрятаться от него на кухне. Одышка в покое, цианотическая сеть капилляров на лице. Когда пригласила наконец врача к себе, то держалась естественно, выглядела рассудительной, неглупой. Призналась, что боялась прежде, что врач «упечет» ее в психиатрическую больницу. Отрицала лечение в таких стационарах прежде, сведений в диспансере о ней нет. Не подтвердила того, что соседи сообщили о ее страхах и подозрениях – вопросом этим была встревожена и недовольна. Согласилась вместе с тем принять помощь в лечении трофической язвы (В).

Учитывая шизотимный преморбид, многолетний бред ущерба, имеющий персекуторную «подкладку», эпизодические идеи колдовства, недоступность больной в отношении этого ряда расстройств и их активную диссимуляцию, можно было бы, «не мудрствуя лукаво», диагностировать у нее вялотекущую бредовую шизофрению, но у больной не выявляется сколько-нибудь заметных черт шизофренического дефекта: речь ее гладкая, плавная, здравая, толковая, конкретная, лишенная даже обстоятельности; движения столь же соразмерны и, будучи сдержанными, достаточно выразительны; мимика, при скупости, также естественна и вполне «информативна». Она не со всеми общается, но способна устанавливать длительные и прочные дружеские связи и даже вступать в заговорщические отношения, занимаясь «сектантской» деятельностью и сплачивая вокруг себя единомышленников, что вовсе уже не характерно для «рядовых» шизофреников. Как набожная «фанатичка» она близка к эпилептоидному полюсу наследственной личностной патологии, как религиозная диссидентка – к шизоидии. По своему простодушию, наивности, неколебимой верности баптистскому идеалу, говоря исторически (потому что, за недостаточностью дифференциально-диагностических подходов, можно обратиться и к сравнительно-историческому), она близка к «первохристианской глупости» – не в обычном, а в евангельском понимании слова, где «глупость» не малоумие, а особое состояние души: с готовностью к «божественным» прозрениям и глухотой ко всему прочему. Некоторые данные статуса и анамнеза больной действительно подтверждают наличие у нее того, что на расхожем психиатрическом языке обозначается как «легкая дебильность»: она не понимала книг, была наивна, пуглива, в определенных отношениях – внушаема, склонна к «примитивным» страхам: все это принято считать свойственным лицам «умственно ограниченным». В целом, с известной долей условности, здесь можно говорить о некоем примитивно-шизоидно-эпилептоидном преморбиде, в котором все составляющие как бы уравновешены, умеренны и служат личностным фоном для возникающего в позднем возрасте редуцированного и клинически столь же неопределенного, трудно идентифицируемого, «инволюционного» параноида.

В. «Латентная» шизофрения, «дефект-психопатии», «осложненные шизоидные психопатии»

Ниже следуют описания, где шизофренная симптоматика, в сравнении с предыдущими случаями, еще более элементарна, «фрагментарна», стерта, «размыта». В условиях врачебной практики диагноз шизофрении как болезни здесь не мог и не должен был ставиться. Последнее не отменяет, однако, клинически вполне ощутимого и достоверного родства этих лиц с «вялотекущими шизофрениками». По степени выраженности симптомов, в порядке их убывания, нижеследующие наблюдения могли быть, как водится, разделены на три группы:

) «Латентная шизофрения», которая отличается от вялотекущей отсутствием симптомов параноидного ряда, меньшей выраженностью и большей стационарностью всех «негативных» и стертых «позитивных» расстройств, составляющих сущность вялотекущей шизофрении: это ее смягченный вариант или аналог с мягким дефектом и столь же малозаметным движением во времени.

) То, что можно обозначить как «дефект-психопатию» – где дефицитарная симптоматика сходна с процессуальной, но не обнаруживает развития и как бы неразрывно и изначально «спаяна с личностью». «Дефект» здесь выглядел постоянным и отождествлялся с патологическим характером: негативные расстройства были лишены даже минимальных признаков течения процесса во времени.

) Наконец, то, что можно назвать «осложненной шизоидней»: случаи, когда шизоидия, не обнаруживая черт дефекта, сходного с постпроцессуальным, осложнялась присоединением стертых позитивных расстройств – прежде всего протрагированных депрессий в юношеском и инволюционном периодах. Собственно шизоидные черты при этом заострялись: появлялись элементы оппозиционизма, отгороженности от людей, враждебной отчужденности – особенно в отношениях с родителями, иногда – более отчетливая паранойяльность, но и при этом не чувствовалось «дефектных» симптомов: речь таких лиц, греша краткостью, была ясной и конкретной,

мимика – скупа, но выразительна, моторика, хотя и сдержанная, лишена микрокататонической машинальности, прерывистости, несоразмерности. Имели место, иными словами, отношения в чем-то обратные дефектной шизоидии: более или менее явное течение процесса без сколько-нибудь заметных признаков приобретаемого изъяна личности.

Все эти случаи описаны ниже вперемежку, семьями. Дифференцировать названные варианты между собой в каждом из отдельных случаев – дело самое неблагодарное: о типах здесь, как и в других сходных ситуациях в психиатрии, можно говорить лишь как об абстракциях или степенях тяжести клинической патологии. Некоторые из таких лиц в разные периоды своей жизни и даже в разных условиях обследования могли импонировать то как латентные шизофреники, то как «дефектные психопаты» (хотя, с другой стороны, при изучении семей можно было наблюдать как бы наследственно отмеренную «дозу» шизофренической «инакости» и «странности», повторяющуюся во всех фамильных случаях). Вся эта патология несомненно занимает ту часть непрерывного шизофренического спектра, которая, по меньшей мере феноменологически, связывает носителей явной болезни с остальным населением. В этом континууме она соседствует, с одной стороны, с вялотекущими случаями болезни, с другой – с «неосложненной» шизоидней и далее, через шизотимию – с пресловутой нормой.

А) Латентные шизофрении

Семейный случай: отец и двое детей.

Набл. 19. Мужчина 64 лет. Из воронежской мещанской семьи. Отец был малограмотен, но участвовал в подпольном движении, распространял нелегальную литературу, скрывался от полиции; характеризуется «добрым». Сам обследуемый был с детства вспыльчив, легко лез в драку; дружил только с братом; жил, по его словам, по принципу: «ты меня не трожь, и я тебя не трону». Со школы рисует, с 18 лет начал этим зарабатывать. В 19 – разочаровался в искусстве, поступил к отцу на рыбный промысел, занялся боксом, но через 2–3 года вернулся к прежнему увлечению. Поступил в художественный техникум, переехал в Москву, работал здесь в прикладной живописи, писал, кроме того, картины «для себя».

С молодости сосредоточен на работе, рассеян, невнимателен к окружающему, плохо запоминал имена, фамилии тех, с кем его знакомили. Лет с 25–30 постоянно – то подъемы, то спады в творчестве, что сам связывает с тем, «получалось или нет» в живописи. Женился в 32 года. Изводил жену ревностью, развелся с ней; имел от этого брака сына, с которым виделся в последующем крайне редко и относился к нему «с прохладцей» (как не к своему?). Новый брак в 42 года. Эту жену также всегда ревновал: мужчины будто бы смотрят на нее особым образом, и она этому способствует. Жена характеризует его как человека прежде всего сугубо непрактичного: он «живет одним днем и одним искусством», может истратить последние деньги на холсты и краски, делает это импульсивно, «не подумавши». Помогает жене в машинальной кухонной работе, но совершенно беспомощен в более сложных делах, никогда не знает что где лежит, не видит того, что у него «под носом», постоянно обременяет жену просьбами найти то или иное; при этом требователен, раздражается, когда та отказывается или не сразу приходит ему на помощь. Детьми обычно не занимается, но временами начинает «муштровать» их, чего лучше бы не делал, потому что кричит тогда на них, «как фельдфебель», прибегает к ремню по поводу и без него, не понимает ни в ту минуту, ни потом, что был неправ, обвиняет жену в том, что она плохо их воспитывает. Затем «остывает» и детей снова как бы не замечает. Привязан к домашней собаке, любит ласкать ее. По оценке соседей, «высокомерен», «презирает» их, но «под настроение» может привести в дом незнакомого человека с улицы, разговориться с ним, накормить его, хотя жена, естественно, этим недовольна. Периоды мрачности, нелюдимости чередуются у него с повышенной общительностью – но именно с чужими людьми; хорошее настроение «написано у него на лице», но «он им со своими не делится». Всегда переоценивал себя как художника, был строптив на службе, не позволял никому опекать или поправлять себя, хотя признает, что наделен крупным профессиональным недостатком: никогда не доводит до конца свои картины, охладевает к ним до их завершения: так с каждой вещью. Всегда зарабатывал себе на жизнь, «но не более».

Внешне – невысокий, сухопарый, худощавый, неаккуратно одетый человек; выражение лица остановившееся, отвлеченное, отсутствующее. В первый визит врача хранил неприступное молчание, был крайне неловок в движениях, двигался по комнате подобно сомнамбуле, «манекену», разговор передоверил жене. Во второе посещение врача немногословен, неприветлив, смотрит мимо посетителя, но держится свободнее. О себе говорит расплывчато, непоследовательно и неровно: то в «телеграфном», «рубленом» ритме, то распространяется обо всем подробнее, но говорит отвлеченно и аморфно; ни в том ни в другом случае не проявляет заметного интереса к собеседнику, но иногда вдруг глядит прямо в лицо собеседнику и взгляд производит тогда впечатление испытующего, бесцеремонного, «дерзкого». Более склонен к рассуждательству на общие темы: недоволен, например, порядками, царящими в мире искусства, считает также, что сделали неправильно, повысив зарплату низкооплачиваемым слоям населения. О соседях говорит только, что хотел бы поменьше знать об их существовании. Несколько раз спрашивал жену в присутствии врача что где лежит – это он, по ее словам, делает совершенно автоматически, по привычке. Объясняет свою постоянную рассеянность сосредоточенностью на работе. Отмечает у себя при этом одну особенность: в минуту опасности (однажды это было на пожаре) подобная невнимательность с него как бы «слетает» – он действует тогда с ясной головой и незаурядным хладнокровием. Уставился на врача, когда тот собрался уходить, и предложил нарисовать его, приговаривая: «Это должно быть интересно… молодой врач… очень интересно…» (С).

Набл.20. Девушка 18 лет, дочь описанного выше. Мать – татарка, энергичная, деятельная, суховатая, но к детям и мужу относится с неизменной заботливостью: на ней «все в доме держится». Обследуемая характеризуется с детства упрямой, властной, самолюбивой, деспотичной, холодной по отношению к брату, который на 6 лет ее младше; постоянно с ним ссорится: однажды ушла из дома, когда ей не разрешили отобрать у него карандаш. Училась вначале на «отлично», совмещая общую школу *с* художественной. Начиная с 8-го класса, стала успевать хуже, «невзлюбила» математику. С этого же времени сделалась более раздражительна, дома ее выводит из себя всякий шум, любое противоречие и неудобство. Ничего не делает по хозяйству, но пытается всеми «командовать», перепоручает свои дела. В том же 8-м классе порвала отношения с единственной близкой подругой и настояла на переводе в другую школу: все – после какого-то разбирательства на комсомольском собрании, виной которому будто бы была эта девушка. На новом месте не сошлась с одноклассниками: боялась сблизиться с кем-либо после того, как ее «предала» подруга. После 10 классов поступила на филологический факультет университета. Здесь стала как будто бы живее, общительнее, ходит с новыми товарищами в театры, на выставки, но дома поведение изменилось мало: приходя с занятий, ничего не делает, ложится. Сильно устает, испытывает в течение года потребность в дневном сне («могу спать хоть весь день подряд»). Все так же раздражительна, вспыльчива, легко ранима, обижается и вздорит по пустякам, никогда не чувствуя себя виноватой. Интерес к молодым людям возник ненадолго в 14–15 лет, но тут же угас; столь же мало интересуется нарядами: еще год назад говорила, что никогда не станет «тряпичницей». В последний год больше следит за собой; одно время настойчиво звонил какой-то молодой человек, затем отношения с ним стали «чисто дружескими» (все со слов матери).

Худая, долговязая, астенического сложения. Первое время неприветлива, негостеприимна, затем как бы «надломилась», начала путано и невразумительно, с однообразной, «дежурной» улыбкой отвечать на вопросы врача – наклоняя при этом голову, прикрывая глаза и непрерывно вычерчивая на листе бумаги геометрические узоры. Несмотря на улыбку и «смешки», быстро стала выглядеть подавленной: «расстраивается» в ходе беседы, голос дрожит, прерывается. Себя характеризует с детства стеснительной и чересчур памятливой на обиды: в 4-м классе, поступив в новую школу, захотела отличиться, подняла руку, но учительница отнеслась к ней недоброжелательно, «осадила» ее, «поставила на место», и она после этого несколько лет не поднимала руку на уроках. Всегда было трудно подойти к малознакомому человеку, «прилагала для этого усилия». Чтобы одолеть природную робость и скованность, заставила себя выступить с декламацией на студенческом вечере, что ей вообще чуждо. Об обстоятельствах ухода из прежней школы и ссоры с подругой рассказывать не захотела – говорит только, что ей было бы трудно остаться в школе после случившегося. В новой школе к ней быстро привыкли, она же – ни к кому и только в университете почувствовала себя свободнее. Особых перемен в себе не видит, но другие свидетельствуют, что она стала общительнее – прежде, с их слов, была «дикарка». Подтверждает, что стала раздражительна со старших классов, но объясняет это домашними условиями, семейными отношениями, бранит брата. Часто тянет уйти из дома – в библиотеку, столовую, где охотно обедает в одиночестве. Любит гулять одна: при этом мысленно разговаривает с собой, задает себе вопросы и отвечает на них, ругает себя за недостатки и обсуждает наедине с собой пути к их исправлению. Первой экзаменационной сессии начала бояться задолго до ее начала: перестала спать, загодя развилось состояние переутомления, но экзамены сдала успешно. Речь засорена обилием вводных слов и коротких предложений, разбита на фрагменты: «Это трудно сказать… понимаете… трудно объяснить…» – почти каждая фаза подвергается такому расчленению, «самоцензуре», сомнению и переделке. Повторяет, что ей трудно разобраться в себе самой и в своих переживаниях (С).

Набл.21. Мальчик 12 лет, брат предыдущей. Раннее развитие правильное. Впервые полтора года жизни, когда его обижала сестра, сильно краснел, напрягался, закатывал глаза – окружающим казалось, что он готов потерять сознание. Часто болел бронхитами, была «плохая носоглотка», аденоиды, тонзиллит. Рос вялым, пассивным, необщительным. Не «прижился» в детском саду, где его никто не обижал, – ходил туда «с превеликой неохотой». Всегда любил природу: часами мог наблюдать за муравьями, обожал рыбалку, разводил кактусы, очень привязан к домашней собаке. Сблизился только с соседским мальчиком, тоже одиночкой по характеру. Соседи считают его «тупым»: он ни с кем не разговаривает и всегда был медлителен и нерасторопен. В школе с самого начала учился плохо, но учителя отмечают неравномерность его способностей: может подолгу стоять у доски перед элементарной задачей на вычитание, до сих пор не знает таблицы умножения, но имеет детский разряд по шахматам. Занимается с принуждением: покорно уступает здесь матери, но остается безразличен к урокам, невнимателен к разъяснениям, то и дело встает из-за стола: поесть, попить. Мать до последнего времени слушался и один из всей семьи помогал ей по хозяйству. В последние полгода признаки полового созревания – одновременно стал меняться в характере: до того безропотный и безгласный, начал противоречить сестре, манкировать школьными занятиями, «набивает» для этого температуру. Охладел к шахматам («скучно»), к кактусам, интересуется теперь только всем военным: часами играет с соседским мальчиком в солдатики, лепит их с помощью формы, которую сделал ему отец.

Вопросы обследователя «пропускает мимо ушей», при повторении их делается недоволен – по-прежнему не говоря ни слова. Когда его оставляют в покое, выглядит приветливее, дружелюбнее – прислушивается некоторое время к общему разговору, затем погружается в свои занятия: срисовывал что-то все полтора часа, что врач был в семье (С).

Все трое в этой семье могут быть отнесены к разряду латентных шизофреников. У отца бросается в глаза

прежде всего «рассеянность», идущая в паре с особого рода сосредоточенностью – своеобразная «спячка на ходу» с мозаично бодрствующим сознанием. Он патологически невнимателен, психически близорук, не видит того, что лежит перед глазами, беспомощен в практическом отношении, заранее просит жену о содействии в простейших житейских делах, машинален, угловат и в той или иной мере скован – постоянно пребывает в то большем, то меньшем духовном и мышечном полуоцепенении и полуослеплении. Предмет его мысленного сосредоточения – самые общие вопросы человеческого бытия и общества и связанные с ними собственные творческие задачи – его рассуждения на этот счет носят самый наивный, оторванный от реальной жизни характер. В целом создается впечатление легкой, но постоянной растерянности и утраты неких высших видов ориентации – он у себя дома выглядит не вполне освоившимся с обстановкой и как бы случайно сюда зашедшим. Это состояние проходит у него только в экстремальных ситуациях (как у кататоника на пожаре) – тогда он начинает действовать особенно расчетливым и хладнокровным образом. Речь его изменена вполне характерно и, можно сказать, патогномонически: она то аморфно-бессодержательна и как бы заполняет своими пустыми и рваными кружевами лакуны и задержки мыслительного процесса, то – когда последний столь же специфически, скачкообразно ускоряется – приобретает рубленый, телеграфный, императивный характер, состоя тогда из несвязных, вырванных из контекста, авторитарно звучащих реплик и инструкций. Его речевые особенности: умозрительность, с одной стороны, и путаница в мыслях, с другой – схожи с описанными у манифестных шизофреников. Приведем в связи с этим прекрасное место из В. А. Гиляровского: «Эта отрывистость, схематичность, бедность речи на слова является выражением бедности мысли, лишенной красок, образности, потому что она не служит адекватным выражением действительности, а только ее отвлеченной бледной схемой – скорее символом, чем адекватным отражением». Характерны привычная поза этого человека, посадка головы, «высокомерие», постоянная оппозиция окружающим, не ищущая выхода в каких-то определенных, целенаправленных поступках, но ограничивающаяся немым, бессодержательным, «тупым», но перманентным противостоянием. Его высокомерие не черта характера и не социальный снобизм, а клинический симптом: аффективное, моторное и мимическое состояние и, пожалуй, не осознаваемое им страдание. Единственное, чем он недоволен, – это неспособность завершать начатое: давняя его черта, на которую он жалуется как на нечто от него не зависящее и Для него вредное. В последние 30 лет у него несомненные биполярные аффективные фазы: он то в приподнятом (по-своему) состоянии, зазывает к себе чужих (именно чужих) людей – то настроение его с правильной закономерностью «портится»: он начинает «придираться» к близким, «солдафонствовать», «воспитывать» детей ремнем и окриком – после чего вновь впадает в столь характерный для него шизоидный транс с внешней немотой эмоций, отрешенностью и безучастием. По глубине воздействия процесса на психику здесь можно говорить о вялом течении болезни – тем более что намечен и бредовой регистр: в виде постоянных идей ревности – но мы предпочли оставить его в латентной, преимущественно характеропатической, группе. Из всех проявлений своей болезни он дистанцируется только от неспособности завершить начатое, все остальное – как бы черты его многосторонне-трудного характера: патология здесь «прочно срослась с личностью». (Ясно, что подобное разграничение звучит неубедительно, но других нет и в любом случае читатель может оценить случай так, как сочтет это нужным.)

Дочь поначалу производит сходное с отцом впечатление: она тоже амбициозна и «высокомерна», но «высокомерие» в ее случае более уязвимо и ранимо, выглядит более «вызывающим», но в то же время – чувственно напряженным и сопряженным с тоской, почти отчаянием, а не «опустошенным», «машинальным», «маскообразным» – как у отца с его давним психиатрическим стажем: ее лед, в отличие от родительского, хрупок и ломается в психиатрической беседе, делая очевидной скрытую до этого депрессию. Последняя, несмотря на скудость внешнего проявления, имеет достаточно глубокий характер: поскольку сопровождается идеями собственной неполноценности и ущербности. Малая доступность ее в начале беседы сменяется повышенной открытостью, граничащей с обнаженностью: она ведома и подчиняема в разговоре с доктором. Настроение ее снижено в последние годы почти постоянно: в нем бывают лишь редкие просветы – тогда она и строит свои «дворцы в Испании», напоминающие отцовские своей заведомой невыполнимостью и ирреальностью. Она не удовлетворена жизнью, недовольна собой, окружающими, еще более – близкими, холодна к родителям, терроризирует брата, тяготится домом и школьной компанией, тяготеет к одиночеству – это дистимический unlust старых авторов. Конфликт в школе, так повлиявший на ее жизнь, представлял собой, по-видимому, лишь заурядную ссору с «приятельской неверностью» – она же ответила на нее не соразмерным событию, «максималистским» образом и в течение длительного времени остерегается вступать в близкие отношения с кем бы то ни было: «обжегшись» на дружбе, ограничивается теперь товариществом на почве общих культурных интересов. Отметим также внутренний диалог, имеющийся, по-видимому, и у отца: бесконечный «разговор с собой», утомительный, почти навязчивый, но активно ею поддерживаемый и возобновляемый; на повестке дня этого перманентного «классного собрания» – ее недостатки и пути к их исправлению. Характерны «надуманность», словесный сор ее речи, псевдоинтеллигентные штампы, схематизм суждений, неспособность дать мысли окончательную редакцию – при постоянном стремлении к «точности формулировок»: иными словами, отсутствие спонтанного, гладкого, непрерывного, живого речевого потока, который столь естествен для лиц, обделенных шизофреническими задатками. В движениях ее – аналогичное схематическое однообразие, «приблизительность», почти условность выразительных движений, склонность к машинальности и к повторениям, в частности – к вычерчиванию стереотипных узоров; мимика ее столь же однообразна, носит «дежурный» характер и скорее символизирует ее желания и представления о себе, чем

отражает действительное настроение.

Болезнь, однако, и здесь, хотя и зримо ощутима, не достигает клинического уровня, она подспудна, «течет подо льдом», ограничивается дистимическим и личностным регистром – сферой настроения, «мировоззрения», «черт характера». Брат, если говорить теперь о нем, с одной стороны, более сохранен эмоционально: он один в семье помогает матери, с другой – поведение его более выпадает из общепринятого, и его сестра, несмотря на свой оппозиционизм, в конце концов более подчиняема и конформна. Трудно сказать поэтому, кто из них «больнее». Сын – «патологический молчун» и «лентяй», слывет чудаком и тупицей среди сверстников (или, может быть, их родителей). Непригодность к школьным занятиям этого разрядника по шахматам является, конечно, следствием не интеллектуальной слабости, а функциональной невозможности применить способности к делу, блокад, препятствий в сфере воли и мышления – видимо того же, в конечном счете кататонического, происхождения, что и все прочее в картине болезни этого семейства. Характерно, что там, где он занимается чем-то по собственному желанию, эти задержки отсутствуют – это своего рода паралич принуждения и преимущественно – школьного. Во что все это выльется (или уже вылилось в нашем прошедшем-будущем времени), сказать, как всегда, трудно, но, судя по отпущенной в этой семье «мере дефекта», явной болезни ни у кого из них троих не будет, хотя и избавиться от своих «недостатков» им всем вряд ли когда-либо удастся.

Другой родственный случай – семья архитектора.

Набл.22. Мужчина 64 лет. Из Оренбурга. Отец – дворянин немецкого происхождения, о нем ничего достоверного, он рано умер от инсульта. Мать была добрая, спокойная, умерла в 56 лет от инсульта. Брат – артист эстрады, чечеточник; погиб в войну; своим экспансивным темпераментом был похож на обследуемого.

С детства живой, подвижный, бойкий – особенно в своей компании: на людях же, во дворе держался на втором плане. Семья бедствовала – он рано пошел работать. В последующем настойчиво учился и после школы, в 20 лет, поступил в архитектурный институт. С 14 лет рисует, предпочитал – с натуры: «любил красоту вокруг». Много лет работает по профессии, в последние 15 лет – главный архитектор института. С давних пор также – член городской комиссии по охране архитектурных памятников. Этому делу отдает большую часть свободного времени: разъезжает с лекциями по стране, выступает с требованиями и ходатайствами этого рода перед различными официальными инстанциями, все последние отпуска провел в архитектурных экспедициях, увлек дочь своим примером.

Настоящий брак второй. Первую жену «очень любил», сохранял это чувство в течение всех лет брака. По рассказам, в то время, то есть до 40–50 лет, был веселым и непосредственным человеком, любил выпить в компании. Жену потерял в 43 года, до сих пор сожалеет об утрате и не стесняется говорить об этом второй жене, как бы желая уколоть ее или уронить в глазах окружающих. Жена описывает его как очень шумного, постоянно взбудораженного и потому – утомительного человека («отдыхаем, когда его нет дома»). Все его мысли и заботы связаны со служебными и общественными делами, дома он лишь пассивно выполняет порученное, но, когда дело касается серьезных вещей, может вдруг проявить упрямство и черствость характера его тогда невозможно переубедить и склонить на свою сторону: он исходит из собственных, узко понимаемых интересов и лишен жалости и сочувствия. Такие ситуации в жизни были всего дважды или трижды – но они потому и запомнились: жена никак не ожидала наткнуться на столь непреодолимую стену со стороны обычно «мягкого» и безразличного к житейским делам мужа. (В одном из таких случаев сына жены от первого *брака* для устройства на работу в Москве нужно было срочно прописать в городе: в противном случае его забирали в армию – обследуемый наотрез отказался сделать это на своей жилплощади, хотя жена давала ему всяческие гарантии и по обстоятельствам было ясно, что пасынок не злоупотребит его доверием; в результате тот пошел в армию.) Дочь он опекает чрезмерно, дружески, но придирчиво контролирует каждый ее шаг, «воспитывает», «совсем задергал», по словам матери, хотя по складу своему человек как будто бы добродушный и в отношении себя лично нетребователен. Всегда был рассеян, невнимателен к вещам вокруг себя – в последние годы эта черта усилилась в нем до чудаковатости: постоянно спрашивает, что где лежит, причем всякий раз надо все бросать и искать что он просит, «а он стоит и ждет, когда отыщут». Стал с возрастом более непоседлив, хлопотлив, сумбурен и забывчив: ушел недавно, забыв выключить газ под кастрюлей. В последние годы – стенокардия, ставится диагноз атеросклероза.

В обстановке врачебного визита шумен, звучно смеется, говорит излишне громко. Гостеприимен, дружелюбен – не спросив жену, приглашает врача обедать, чем она не очень довольна. Таким же экзальтированным, громогласным остается и в последующем, быстро начинает утомлять этим окружающих, которые все, что он говорит, уже не раз слышали. Об увлечении консервацией памятников старины говорит вначале полушутя, затем с возрастающей горячностью; рассказывает, как пришел к нему: через изучение истории архитектуры. Спрашивает, не интересуется ли врач тем же, готов вовлечь и его в эту деятельность, находит «точки соприкосновения» архитектуры с медициной: «Например, старые больницы, подумайте об этом и позвоните, если надумаете!» (С).

Набл.23. Девушка 18 лет, дочь описанного выше. Мать характеризуется общительной и энергичной – во всяком случае, была такой в молодости; в последние годы, после неудачной вакцинации от гриппа, страдает тяжелым аллергическим ринитом с частой и резкой общей слабостью и разбитостью; невротизирована домашней обстановкой, службой сына в армии, мужем, которого долго принимала каким он есть, но теперь, особенно после ссоры из-за прописки сына, изменила к нему отношение, тяготится его присутствием.

Девочка в раннем детстве была очень худой, тщедушной, нервной; много плакала, «заходилась» в плаче:

несколько секунд раскачивалась, не реагируя на окружающее, не отвечала на обращенную к ней речь: эти явления продолжались до 5 лет. Говорить стала с 1 года и 8 месяцев – сразу чисто и правильно, «как по писаному». Оставалась и в школьные годы очень впечатлительна и обидчива, легко плакала. Среди малознакомых людей вела себя застенчиво, но с первых классов охотно декламировала стихи и вела самодеятельные концерты. В 12 лет – первая влюбленность, с того же времени заметные для матери периодические колебания настроения: то весела, то «чернее тучи». Все время полагала, что пойдет в театральное училище, но «в последний момент передумала»: ее «переубедил» молодой человек, с которым она в это (короткое) время встречалась, – поступила в том же году в архитектурный. С последних классов школы жалуется на нервность и утомляемость. Сентиментальна, плачет, слушая музыку, настроение очень изменчиво: то грубит матери, то особенно мягка с ней. В последнее время, по оценке матери, стала «рассудительнее», «о молодых людях говорит иной раз, как старуха». Учебой в институте довольна, от увлечения эстрадой осталась лишь любовь к стихам и декламации. Сейчас все больше вовлекается в работу кружка по защите архитектурных памятников: вначале делала это под влиянием отца, который постоянно следит за ее развитием и принимает в ее жизни самое деятельное участие, теперь – «более осознанно». Ездит с группой на замеры, «борются на местах» с вандализмом в отношении к разрушающимся зданиям. Много занимается, допоздна засиживается над учебниками, устает. Хозяйством не занимается, не убирает даже своей комнаты, но за своим видом следит и одевается со вкусом. Остается худа: от худобы «ничего не помогает», всегда был плохой аппетит. Одно время на основании жалоб подозревали ревмокардит, затем этот диагноз сняли.

Дружелюбная, открытая, с чертами детскости, с тонкими мимическими движениями выразительного лица, доверительная, доступная, порой с оттенком легкой беспомощности. Отвечает на вопросы врача без задержек, независимо от степени их интимности, сосредотачивается лишь над тем, чтобы ответить поточнее. Рассказывает о своей впечатлительности, постоянной готовности к экзальтации под воздействием произведений искусства: не может сдержать слез, слушая музыку или на спектакле. Любит старину, все древнее и старое: фольклор, памятники архитектурной старины, церкви. Считает себя «несовременной»: ей импонируют «серьезные», «мыслящие» молодые люди, «не выносит» модных танцев. Верит в приметы и талисманы, обходит стороной черных кошек, держит дома подкову. Допускает наличие телепатической связи: чувствует если не ее самое, то нечто с ней сходное. После какого-нибудь события иногда кажется, что его предчувствовала или предвидела. Обо всем этом говорит не категорически, не настоятельно, а скорее – добродушно, как бы констатирует этот факт среди прочих. С увлечением говорит об архитектуре – занятии, которому намерена посвятить жизнь, о театре же – как о пройденном этапе, без сожаления (С).

Оба случая психопатологически мягче предыдущих: они ближе к тому, что определено выше как «осложненная шизоидия» – те ее случаи, где личностные особенности лишены явных черт дефекта, но их как бы осложняет «привносимая» стертая позитивная симптоматика: аффективная, неврозоподобная, сверхценные идеи и т. д. Но и сходство обоих семейств тоже несомненно. Архитектор, в сравнении с художником, «менее кататоничен»: на нем не лежит столь явственный отпечаток машинальности, манекеноподобности, да и преуспевает он больше, чем его едва зарабатывающий на жизнь коллега, но и он патологически рассеян, и эта его черта описывается едва ли не в тех же выражениях, что у первого, и характеризуется прежде всего как практическая беспомощность. Он не «солдафон», но и он «задергал» дочь внушениями и придирками и тоже, парадоксальным образом, прямо по Кречмеру, «туп» и бесчувствен при высокой эстетической организации психики: эта черта его лишь более завуалирована и как бы прячется им за фасадом «интеллигентной деликатности». С годами его «одеревенелость», одержимость усиливаются: он ведь не всегда был таким монотонно экзальтированным гипоманиаком и утомительным говоруном, как в последние два десятилетия. Движение латентного процесса здесь угадывается, но оно неочевидно, слишком растянуто во времени, накладывается на естественные возрастные сдвиги и с ними смешивается.

Дочь архитектора также активнее, живее, естественнее, более аффективна и менее аутистична, чем дочь художника. Во второй семье вообще силен циклотимический компонент, как правило связанный с той или иной степенью инфантилизма, с детскостью и «непосредственностью» психики, смягчающими и «скрашивающими» шизоидную текстуру личности. Но и эта девушка хрупка, ранима, неустойчива, «дезэквилибрирована», как писали французские авторы прошлого века, «старомодна». Старомодность и тяготение к старине свойственны и отцу и дочери, и трудно оценить, в какой мере дочь индуцирована в этом отношении отцом и в какой – это ее «собственное» влечение, но, по-видимому, и эстетический сдвиг в прошлое, и культурная геронтофилия и некрофилия, любовь к живописным руинам действительно отвечают ее преобладающему настроению, мироощущению и мировоззрению.

У нее имеется также самый общий, начальный, эскизный набросок телепатических и мистических идей, проявляющихся не бредом и не стойкими бредоподобными идеями, но скорее – как некий «ореол», окружающий ее наподобие «ауры». Это не чувство, но «предчувствие», не идея, а «предыдея» или «предрассудок» – но и они не дань моде, а нечто ею самой угаданное, смутно прочувствованное и тайно пережитое. Поскольку это – тоже архаика, только из бытовой сферы, области примет, талисманов и наговоров, то эта столь современная, разумная и внешне привлекательная девушка оказывается как бы раздираема противоположно направленными импульсами и душевными противоречиями: ее в равной степени тянет к себе и реальная жизнь и существование в «потустороннем», «зазеркальном» измерении и отражении. У нее вообще психическая патология находится в большем движении и подвержена более заметным колебаниям во времени:

в силу того, что она проходит критическую возрастную фазу. В 17–18 лет у нее была стертая депрессия, после которой она стала «сознательнее», рассудочнее, старообразнее в поведении, в высказываниях и оценках окружающих и одновременно – «мистичнее»; мать отмечает у нее с тех же пор непостоянство и слабость полового влечения. Ей, как и ее отцу, никто не поставит диагноза шизофрении, но эта болезнь, «проходя стороной», как бы покрывает их, хоть и бледной, но несмываемой тенью, остается жить в них неким тщедушным подобием оригинала.

Еще один художник – чтобы покончить с живописцами выборки.

Набл.24. Мужчина 66 лет. Из семьи железнодорожника. Отец строгий, требовательный, участник революционного движения, атеист, преследовался охранкой. Мать «ласковая, заботливая». Братья также принимали участие в революции, один из них был способным художником.

Помнит, что в школе чувствовал особое отношение к себе как к члену семьи бунтовщиков и держался особняком. Рано начал рисовать. После смерти родителей ушел из дома, оставил маленьких братьев и сестер на попечение старшего брата. Два года ездил по стране, дважды помещался в подростковую колонию, откуда оба раза бежал. Во время скитаний по стране жил обособленно, избегал шаек беспризорников, не принимал участия в коллективных кражах. В 18 лет был задержан, устроен в политехническое училище, там принят в комсомол, но ушел и оттуда. Остановился в каком-то городке, где прожил некоторое время, был замечен новой властью и, как грамотный комсомолец, направлен на партучебу. После ее окончания был в армии, там вновь начал рисовать. Был оформителем в театре, в 29 лет поехал добровольцем в Туркестан, вернулся затем к работе на сцене. С людьми нигде близко не сходился, был суховат, ни к кому и ни к чему надолго не привязывался. В войну снова добровольцем пошел на фронт, был легко ранен. После фронта работает все время художником-оформителем на заводе. Настоящий брак – второй, первая жена умерла, с детьми от первого брака встречается лишь изредка. Характеризует себя прежде всего «бесстрашным», «запальчивым» – «хотя и понимаю, что плетью обуха не перешибешь». Ссорится с заводским начальством, которое «ничего не понимает в его деле». С давних пор у него волнообразные колебания настроения, которые окружающие замечают раньше его самого и извещают его о происходящих в нем переменах. Длятся они по неделе-две: он то озлоблен, не хочет никого видеть, раздражен, язвителен, работает в это время с особенным ожесточением и упорством; то разговорчив сверх меры, заговаривает с едва знакомыми ему людьми, дальними соседями. Появляются тонкие мимические движения, он сам ощущает, как будто бы просыпаются мышцы лица; настроение в это время приподнятое, он всем доволен, его тянет в такие минуты на улицу, на люди. Отношения же дома, с женой, с непосредственными соседями по квартире, с сотрудниками и начальством при этом заметно не меняются: сохраняется присущая ему отчужденность от людей, он живет на известном расстоянии от окружающих. Работает всегда один: объясняет это условиями труда художника, но «не переносит физически», чтобы во время работы кто-нибудь стоял «над душой», за спиной или рядом.

Суховатый, резкий в суждениях, выглядит недовольным; ответы сугубо лаконичные – впечатление все время таково, что намерен закончить беседу, но в итоге дал о себе довольно подробные сведения. Хуже, неполно и поверхностно, говорит о членах семьи; о соседях говорить отказался: не находит в них ничего для себя интересного (С).

Отметим здесь циклотимные фазы с усилением шизоидности в субдепрессивных состояниях. Шизоидные черты, как это почти всегда бывает, уходят в далекое детство: отгороженность от людей, «непривязчивость», отдалявшие его от других детей и затем – юношей, в зрелом возрасте как будто бы сгладились, но он с головой ушел в профессию, которая в какой-то мере легализует его «маргинальность»: жизнь особняком, отрешенность, неучастие в повседневной житейской «ярмарке». Укажем еще на два феномена: первый – мышечное чувство оживившейся после завершения дистимической фазы мимики, второй – уже встречавшееся в нашей выборке усиление общительности определенного свойства, с малознакомыми людьми, при сохранении ревностном дистанции в отношениях с близкими. Обе особенности свидетельствуют о том, что речь в данном случае идет о патологии шизоидно-циклотимического «сплава», а не чистой циклотимии: лица этого склада, сторонясь и стесняясь мало знакомых им лиц в начале жизненного пути, в позднейшие периоды как бы наверстывают упущенное и становятся в гипоманиакальных фазах разговорчивы именно с теми, знакомство с кем давалось им в свое время особенно трудно.

Далее – тоже своего рода «творчество» и «дело жизни», но иного, анекдотического (resp. болезненного) свойства. Поначалу «хобби» этого «чудака» выглядит совершенно невинным и безобидным, но затем «оскаливает зубы», трансформируется в грубую, явственную шизофреноидную патологию, которую не нужно доказывать: она очевидна, несмотря на внешнюю банальность «увлечения».

Набл.25. Мужчина 51 года. Русский из С. – Петербурга. Отец – старый большевик, участник революции 1905 г., затем ссыльный; несмотря на тяжелую жизнь, оставался «очень спокойным» человеком. Мать живая, общительная, «из простых». Брат – энергичный рационализатор и изобретатель, в семейном кругу – «флегматик».

Обследуемый с детства рисует. Характеризует себя вспыльчивым, принципиальным, поступал всегда по справедливости (в его понимании). Двора не любил, предпочитал дом и уроки, любил математику, логику, «не любил в людях ее отсутствие». В школе с первого класса – на общественных должностях: редактор стенной газеты, комсорг в школе и потом – институте; об этом и врачу говорил серьезно и значительно. В институте увлекся спортом, стал в эти годы живее, появились редкие и непродолжительные половые связи. В характере

существенно не менялся: был целенаправлен, сух, рационален. В войну короткое время был на фронте, затем вернулся в вуз (?), с ним эвакуирован. Работал в индустриальном строительстве, был всецело поглощен своими обязанностями. Женился в 31 год – до этого считал женитьбу преждевременной. С женой «не получилось взаимопонимания», прожил с ней 5 лет, затем развелся, как если бы «ни дня не прожили вместе». С производства вернулся в свой институт, был секретарем партийной организации, преподавал. В служебной обстановке действует предусмотрительно, сообразно обстоятельствам, размеренно, «на рожон не лезет», ни с кем из сотрудников никогда близко не сходился. Пять лет назад женился во второй раз и переехал в Москву. Отношения в новой семье с самого начала «прохладные», а в последнее время – напряженные.

Причина тому – его «нелепая мания» строить мебель. Получив 5 лет назад квартиру в новом доме, превратил одну из комнат в мастерскую, вторую – в склад лесоматериалов. До сих пор не сделал и половины намеченного: все в стадии начинания. Комната, в которой шла беседа и в которой он ночует один, совершенно завалена строительным материалом, разного рода обрезками и опилками: он ничего из дома не выносит, видит в этом хаосе порядок и запрещает что-либо трогать. Непосредственно перед визитом врача шумно объяснялся с сыном жены от первого брака по поводу взятой им банки с краской – был сильно зол на него и применял в споре самые резкие выражения. Одну дверку от шкафа делает несколько недель. На работе за ним никаких странностей не замечают, но в семейной жизни он, и без названных причуд, был всегда очень труден: формален, эгоцентричен, «нет никакого тепла и живости» – «требует, чтоб его вовремя накормили, и идет мастерить».

В беседе вполне доступен и доверителен в отношении всего, что не связано с его «увлечением» – о нем говорит вскользь, уклончиво. Разговор происходит среди беспорядка мастерской: он как бы его не замечает. Выглядит поначалу достаточно заурядно: «деловитый», целеустремленный – но к концу второго часа беседы (о жене, своей жизни и т. д.) начинает угнетать собеседника однообразной, бесстрастной повествовательностью речи, неким «машинным», неистощимым зарядом стеничности – монотонный напор этот, в сочетании со строительным мусором вокруг, производит на собеседника в конце концов не столько комическое, сколько тягостное впечатление (С).

Это наблюдение возвращает нас к минимально прогредиентным случаям латентной шизофрении, где можно (хотя и достаточно приблизительно и условно) определить начало патологического процесса, где жизнь и судьба человека разделяются на то, что было до и после «болезненной метаморфозы» и производимой ею жизненной катастрофы. Действительно, между прошлым этого «формалиста» и «сухаря», как бы идущего по жизни стороной и лишь выполняющего некий стандартный набор общественных нагрузок и почти официальных обязанностей, и его новой ипостасью, вторым и «истинным» призванием – мастерового, делающего, себе в ущерб и разорение, домашнюю мебель, лежит грань не количественного перехода, но качественного скачка. О таких случаях стертой шизофрении писал, излишне категорически, Т. И. Юдин3: «Шизофрения как болезнь не вытекает из особенностей характера личности, не составляет вершины шизоидии, как это думал Кречмер, а врывается в личность, принося с самого начала ее надлом – хотя структура характера и отражается на картине болезни». (Излишне категорически, на наш взгляд, потому что нетрудно найти и такие случаи латентной шизофрении, где при всем желании невозможно отыскать начало процесса – совсем как у Кречмера, которого в ином месте сочувственно цитирует тот же Т. И. Юдин2: «Шизофрения в шизоидах имеет свою абортивную форму, а в шизотимах свой характерологический рудимент». Или у П. Б. Ганнушкина6: «Между здоровьем и болезнью нельзя провести никакой грани… Между нормальными и патологическими явлениями возможны и на самом деле существуют в жизни самые разнообразные и самые многочисленные переходные ступени… природа не делает скачков…» и т. д.)

Общность этого состояния с явными психотическими очевидна, несмотря на то, что вместо истинной паранойи здесь – ее абортивный эквивалент или рудимент в виде сверхценных идей и овладевающих представлений. Действительно, по разрушительной силе, которой обладает это невинное с виду пристрастие, оно легко может быть поставлено вровень с явным бредом. Когда вообще сталкиваешься с подобными «увлечениями», трудно отделаться от впечатления, что в таких случаях не человек ищет себе второе занятие в жизни, а болезнь как бы нащупывает и находит себе «выход наружу». Жизнь нашего обследуемого еще 5 лет назад была внешне вполне благополучна: он преуспевал на службе, его личностные особенности: сухость, формализм, черствость – скорее помогали, чем мешали ему в карьере. Дома его эмоциональная неполноценность была конечно заметнее, оба брака его были поэтому непрочными, но он все же уживался с женой и ее детьми от первого брака: в качестве не очень удобного, но регулярно платящего за удобства постояльца – пока не появилась его «идея-фикс» последнего времени. Она достаточно серьезна по своим последствиям: из-за нее семья не может пять лет кряду (!) переехать в новую квартиру – потому лишь, что он во что бы то ни стало хочет доделать своими руками мебель, но «органически» не в силах закончить хоть какой-нибудь шкафчик. В результате он ночует в мастерской, остальные члены семейства живут в прежних, стесненных, условиях, злополучной квартире грозит придти в нежилое состояние. Поведение, при всей его внешней заурядности (что может быть обыденнее и похвальнее желания сделать себе стол и стулья?), на поверку оказывается совершенно нелепым и нетерпимым. Характерна и «диссимуляция» того, что связано с его «хобби»: он хорошо отличает его от всех прочих своих действий и избирательно о нем умалчивает – едва ли не так же, как делает это бредовой больной, выборочно скрывающий свои болезненные переживания и поступки.

Судьба этого человека, которого, по общепринятым критериям диагностики, никак не отнесешь к больным,

повторяет, однако, общие закономерности явной шизофрении. Позволим себе в связи с этим привести еще одну цитату– из Н. Еу (цит. по Cl. Guen):

«Шизофрения – болезнь судьбы. Эта формула описывает одну из наиболее важных черт мира шизофреников, которая есть не что иное как своего рода „конец света“, уход из реальности, отказ от внешнего существования. Шизофреник, начиная со времени, когда возникает и организуется его аутизм, перестает прокручивать биографический фильм своего существования. Это самозаключение в скорлупу и душевный склероз предопределяют иссушение, гербаризацию всех его психических актов. Не открываясь более воздействиям извне, отгораживаясь от сигналов, идущих из естественного социального окружения, шизофреник начинает „жить на сторону“, „внутри себя“, в воображаемом мире субъективности, построив себе замок из вымышленной реальности… Это путешествие в глубь себя, в пропасть архаических слоев психики и их символических образов и проекций представляет собой единственную траекторию, которой он следует теперь в жизни».

Еще один аспект роднит эту сверхценность с бредовыми расстройствами – характер «дурной бесконечности» его работ, неспособность и как бы нарочитое нежелание их закончить, вечный и крутящийся вхолостую двигатель, где «движение – все, а цель – ничто», где распадается свойственный всякому здоровому замыслу и труду общий рисунок и целенаправленный план деятельности, имеющей естественные конец, начало и «запасы сил и терпения». Такого же рода «вечный двигатель» действует и в случаях явного бреда, где умственные построения больных и вытекающие из них поступки, имея начало, не знают конца, ни даже минутной слабости и усталости, всецело овладевают больным, делая его своим роботом.

Внешним, мимическим, пантомимическим и интонационным, отражением заболевания в данном случае является монотонность, невыразительность мимики и моторики, ничем не возмущаемая ровность голоса, которая таит в себе, однако, редкие и всегда неожиданные «фельдфебельские» взрывы и словоизвержения. По прошествии некоторого времени, как это было и в нашем случае, эта неподвижная маска начинает давить на собеседника своим «мертвым грузом», а первоначальная бесстрастность все более заряжается неким обезличенным, бесчувственным стеническим аффектом, свойственным фанатикам. Мы вновь находим здесь часто встречающийся у лиц с «латентной» шизофренией (в отличие от манифестных больных) «бред поступков без бреда мысли»: нечто машинальное, лишенное аффекта и воображения, не попадающее поэтому в поле зрения психиатров, но по этой же причине для окружающих особенно тягостное.

Следующий случай – из хорошо известных больничным психиатрам: отец шизофреника – подобный многим другим родственникам больных, посещающим психиатрические отделения.

Набл.26. Мужчина 48 лет. Отец сильно пил. Сын болен шизофренией, перенес острый психоз в молодом возрасте. Сам обследуемый в молодости был неразговорчив, замкнут; женился как-то скоропалительно, неожиданно даже для будущей супруги: у нее был внебрачный ребенок, и она не надеялась выйти замуж. Кончил до этого 7 классов и техникум. Сколько жена его знает, всегда пил. Пьяный, не спит, скандалит, требует от жены отчета в расходах, повторяет по многу раз одни и те же фразы, дерется, когда она пытается ему возражать. Трезвый – тихий, кроткий, советует жене накупить продуктов вперед, чтобы ему не осталось денег на пропой. Был способным конструктором, занимал должность инженера, но все это потерял из-за пьянства и прогулов. И сейчас пропускает работу и всякий раз после этого публично раскаивается, пытается вызвать к себе сочувствие и жалость: например тем, что потерял в детстве полступни («отрезало трамваем»). В последние годы заметно меняется: стал вовсе «бесхарактерным», «пустословом» – жена не верит ни одному его слову, он никогда не держит обещаний и ко всему, по сути дела, глубоко безразличен. Живя в комнате площадью 9 кв. м, семья имеет семерых (!) детей – только потому, что он не хочет, а жена не умеет предохраняться, стесняется обратиться с этим к врачу и боится абортов. В выписке из истории болезни сына (не попавшего в выборку) отец оценивается как «опустившийся, сниженный».

Во время посещения семьи застал его с душевнобольным сыном. Они похожи друг на друга неловкостью в движениях и продолжают, несмотря на приход врача, вести прежний, непоследовательный и пустой разговор, звучащий искусственно и натужно – как между посторонними. Держится с сыном «на равных», без отцовского приоритета, выглядит все время безучастным. Некритичен к заболеванию сына, считает его стационирование случайным и ненужным. Основная тональность высказываний – «бодряческая». О многочисленных детях говорит вкупе: «нарожали, как теперь не любить их». При внешней готовности отвечать производит в конце концов впечатление малодоступного и формального (С).

Среди алкоголиков, равно как и среди преступников, как известно, много латентных душевнобольных – наш глава семейства из этой разношерстной, но одноликой компании: это разные карты одной психиатрической масти. Определения, которыми щедро награждает его жена: «бесхарактерный», «пустоголовый», «никогда не держит слово» и т. д. – являются обывательскими синонимами психиатрических терминов, свидетельствующими о том же безвозвратном сошествии с жизненной колеи, о «жизни вспять», «по ту сторону добра и зла», по Еу, о постоянном снижении тонуса сознания, о его «тлении», «непродуктивности», некой общей дезориентировке в жизни. Поведение человека, все его внешнее бытие становится формальным, «дежурным», лишается аффективной памяти, подкрепления и преемственности во времени. В глазах окружающих это – «бессодержательность», «пустота в мыслях», «необязательность», «забывчивость» и т. д., но эти черты – лишь внешнее проявление и житейские последствия первичного, симптомопродуцирующего шизофренического феномена. Связь с окружающими рвется – человек, общаясь с людьми, делает это как бы в силу ненужной ему повинности: наш больной и с сыном говорит натянуто и неестественно, как на светском

рауте с незнакомыми собеседниками. Пьяный, он для психиатра более демонстративен: повторяет одно и то же, «механически», по единому шаблону «придирается» к родным, дерется, обнаруживая скрытую до того агрессию. Стереотипии в опьянении, как известно, подозрительны в отношении латентно-шизофренической подоплеки пьянства – и деградирует он безусловно не как алкоголик, а как больной латентной шизофренией. Его фраза о детях по-своему классична: «нарожали, как теперь не любить их» – латентным шизофреникам, как известно, присуще мыслить подобными афоризмами. Движение процесса здесь очевидно: прежде он слыл способным конструктором, подавал надежды, занимал, без должного образования, инженерную ставку, но всего этого словно никогда не было – его нынешнее состояние никак с прежним не связано, он не сожалеет и не вспоминает о нем: связь времен, путеводная нить человеческого существования здесь, как и в других подобных случаях, безвозвратно утеряна.

Для полноты картины – живущий с ним сын (следующий после душевнобольного старшего):

Набл.27. Мальчик 15 лет. Отец и, частично, мать описаны выше. Мать (см. далее, набл.116) в жизни бестолкова, непрактична, беспомощна – хотя и наделена достаточной наблюдательностью и меткостью суждений; отнесена, условно, к «пропфшизоидам». Мальчик всегда был очень нерасторопным, крайне медленно одевался и, когда его ругали и торопили, будто нарочно выдерживал прежний темп: мать называет его «ленивым от рождения». Учился хуже среднего, был в школе очень пассивен. С 14 лет переменился, стал строптивым спорщиком, учителя начали жаловаться, что «его нельзя переговорить», всегда считает, что прав – даже когда речь идет о неправильно решенной им задаче. Это особенно заметно еще и потому, что прежде он был совершенно безразличен к школьным успехам и достижениям. Дома начал ссориться и препираться с отцом. Время проводит теперь в дворовой компании (прежде был домоседлив), на него стали жаловаться соседи. Сестра между тем говорит про него, что его нужно понять, что он «стеснителен с чужими», а «по натуре хочет хорошего». Постоянных занятий не имеет. Одно время объявил, что пойдет в радиотехнический техникум, начал собирать радиоприемники, но так ни одного и не сделал; теперь учится играть на гитаре – тоже крайне поверхностно и неумело, говорит, что будет шофером, но никаких действий в связи с этим не предпринимает. В беседе дома неловок, немногословен, «шероховат». О себе сказал только, что в детстве «немного стеснялся». Легко отчуждается в беседе, теряет интерес к ней. Во дворе громко и вызывающе приветствует врача, держится со скрытой враждебностью словно мстит за «доверчивость» накануне (С).

Подростковый период сопровождается здесь стертой гебоидностью – с непоправимым и необратимым выпадением из школьного социума, намечающейся антисоциальностью, умственным «застоем» и резонерством спорщика; подозрителен и период «лености» и непреоборимой медлительности в раннем детстве. Сын в психиатрическом отношении «грубее» отца. Явные расстройства личности выявились у него в более раннем возрасте: отец успел и в передовиках производства побывать, сын же «непродуктивен», кажется, с рождения. Его аутизм не безучастен, не «замкнут в себе», но вывернут наружу и закономерно оборачивается агрессией. У отца последняя тоже имеется, но дремлет, обнаруживает себя лишь в состояниях опьянения; сын же – неизменный, завзятый спорщик, участник дворовых шаек, потенциальный правонарушитель и возможный параноидный больной в будущем.

[Если судить по «разбавлению» шизофренического начала, наблюдаемому в популяционных обследованиях, то первой в латентной шизофрении появляется и последней из нее уходит кататония (в широком понимании термина) и лишь на фоне ее усиления присоединяются агрессия и параноидность. Кататония, по-видимому, наиболее важный формообразующий признак шизофрении, ее главное внешнее выражение, без которого диагноз малодостоверен. Кататония может существовать сама по себе, без параноидного аккомпанемента, но сочетание обоих синдромов, с другой стороны, настолько часто и характерно, что не может быть случайным – в более явных случаях оно становится правилом.

Еще один ребенок из той же семьи – на сей раз без больших комментариев. В этом семействе не все дети таковы – есть и светлые головы, но этот мальчик невольно задерживает на себе внимание, хотя заболеть ему, видимо, не суждено: он, судя по всему, «таким и останется».

Набл.28. Мальчик 13 лет, брат предыдущего лица. В раннем детстве и до 8–9 лет – очень капризный, упрямый, падал и бился ногами об пол. В последующем, спокойный, но если заденут, может несоразмерно резко вспылить. «Себе на уме», хозяйственный, умеет и любит копить деньги, «хитрый себе на пользу, но для других невредный». Его страсть – разбирать приборы и механизмы, все, что попадается под руку: замки, радиоприемники, телевизор – «от него ничего не спасешь и не спрячешь». Характер этого увлечения совершенно непреоборимый: он всякий раз объясняет свои поступки теми или иными благовидными причинами, но это всего лишь словесное «прикрытие» и самооправдание. Впрочем, он умеет не только ломать, но и мастерить: собирает небольшие приемники. Внешне – «официален», деловит, собран; «аккуратист», сам себе стирает. Никогда никуда не опаздывает. Интереса к беседе не проявил, спешил куда-то (С).

Этому «мастеру-ломастеру» не суждено, по-видимому, заболеть психически в явной форме потому, что его характер в 13 лет представляет собой законченную психопатическую организацию, которую обозначают словами «аккуратист», «педант» и т. д. Разрушительное шизоидное ядро и здесь конечно налицо: этот педант порядка только и делает, что разбирает аппаратуру, анатомирует и приводит ее в негодность, но это не меняет того факта, что в данном случае уже сформирована иноименная с шизоидней психопатия ананкастного типа. Наблюдения же говорят, что между шизофренией и психопатиями иного спектра существуют своего рода антагонистические отношения, отмеченные выше П. Д. Фридманом при эпилептоидии: прочный каркас

психопатии «иной почвы» словно оберегает психику от вторжения в нее инвазивного, деструктивного шизофренического начала. Как создается в таких случаях «иноименная» психопатия: является ли она следствием видоизмененного, атипичного, с иными последствиями, «шизофренического» процесса или же порождается соучастием иных привходящих факторов, в данном случае – эпилептогенных, разные ли это болезни, шизофрения и эпилепсия, или фазы, возрастные стадии и степени тяжести единого психического наследственного страдания – все эти вопросы решать не здесь и в ближайшее время ответов на них ждать не приходится, но незнание не мешает наблюдению, а, напротив, часто ему способствует; в данном же случае опыт говорит, что рано сформировавшиеся ананкасты, «истерики» и эпилептоиды не заболевают тяжело протекающей шизофренической болезнью: ананказм, равно как и эпилептоидия и тяжелая «истерия», как бы противостоят, противодействуют схизису, необходимому для возникновения шизофренического параноида и привносимому в психику больного расщепляющим кататоническим началом.)

Б) «Дефектные псевдопсихопатии»

Далее – преимущественно лица, которых можно отнести к тому типу, который был определен выше как «дефектная псевдопсихопатия»: где динамика процесса не очевидна (или недовыявлена?), а состояние в целом выглядит статичным, стационарным, родственным, с «патологией характера». Шизофреноподобный дефект, специфический изъян психики, обнаруживается здесь в своих обычных проявлениях и преломлениях: в дезорганизации человеческого общения, мышления, планирования действий, речи, в особенностях облика, в мимике, моторике, интонации и т. д., но все симптомы выглядят в «поперечнике» статуса и по биографическому «длиннику» не как болезнь, а как постоянные свойства личности, едва ли не изначально ей присущие и лишенные поступательного движения.

Набл.29. Женщина 28 лет. Отец – летчик, вспыльчивый, гневливый, деспотичный, держал семью в страхе; в последние годы сильно пил. Мать «слабовольная», плаксивая, покорно подчинялась мужу; по профессии – библиотекарь. Брат пьющий.

У самой обследуемой в детстве были «истерики», кончавшиеся полуобморочными состояниями: если не исполняли ее желаний, то громко рыдала, билась ручками и ножками, опускалась без чувств на пол; настоящих судорог в этих «полубессознательных» приступах не было, мочи не теряла. Они были нечастыми и продолжались до 10 лет. Была капризна, плохо ела. Всегда, сколько себя помнит, была общительна, ее любили, ей «нравилось нравиться». До 7-го класса училась на «отлично», увлекалась литературой: учителя ценили ее способности и интерес к гуманитарным предметам и прощали невыученные уроки. В 6–7-м классах стала участницей кружка, который обособился от остального класса и составился из учеников, «интересовавшихся искусством» и пренебрежительно отзывавшихся о «серой массе». После 7-го класса семья переехала из Москвы в подмосковный город и она сменила школу. Здесь учителя отнеслись к ней без прежнего предпочтения, и она сразу стала учиться хуже. Не смогла освоиться в новом коллективе, сдружиться с соучениками, хотя поддерживала с ними внешне вполне свойские отношения. Ездила к старым московским друзьям и жаловалась им на новых одноклассников: те провинциалы, плохо одеваются и пр… После школы отец устроил ее радисткой на аэродром. Здесь проработала 4 года, но профессии не освоила: ее прозвали в насмешку «радиомаляром». В свою очередь, нелестно отзывалась о сотрудницах аэродрома, которые все сплошь были будто бы «легкого поведения», «видела кругом одну грязь». Посещала ту же московскую компанию, где обретались одни и те же лица, как бы распределившие между собой виды искусств: один писал стихи, другой «занимался музыкой» – она «увлеклась режиссурой». После того как умер отец, ее уволили по сокращению штатов. Она поступила, по совету актера, знакомство с которым длилось всего день, в вечерний институт культуры. Проучилась там полтора года, не выдержала нагрузки (одновременно работала секретаршей), познакомилась в это время с будущим мужем, легко оставила учебу. Вышла замуж в 22 года, в 23 родила дочь. Муж (один из немногих, кого мне так и не удалось застать дома и опросить) оказался требовательным до абсурда деспотом: ему нужно, например, чтобы она нарезала куски хлеба толщиной ровно в сантиметр – иные он браковал и швырялся ими. Он как-то особенно тяжело молчит и когда приходит домой, она теряется, сникает, боится его и безропотно во всем ему подчиняется. Он, по ее словам, сделал ее бестолковой, лишил ее индивидуальности, самобытности, она совершает в его присутствии массу ненужного – называет это состояние унизительным. В последние годы постоянно говорит о необходимости развода, но ничего в связи с этим не предпринимает. Когда соседка спросила ее о причинах такой непоследовательности, она загадочно намекнула на «необыкновенную» потенцию мужа. Разделила все же с ним ведение хозяйства и после этого сразу же почувствовала себя свободнее.

Соседка по лестничной клетке, с любопытством наблюдающая за нею и помогающая ей в хозяйстве, говорит, что для нее характерна поразительная беспечность и детскость в каждом ее поступке и душевном движении: она доверчива, все без разбору рассказывает о себе, легковерна до крайности. Недавно познакомилась в доме отдыха с «монтером Славкой», приехала в восторге от него: «Он меня так любит». Этот человек подбил ее увести среди бела дня на улице чужую собаку – она так и сделала. Вскоре перестала с ним встречаться: «с ним скучно» – жила в это время с мужем. Стоит кому-то пригласить ее на вечер, она «расцветает», «сияет от счастья», радуется как ребенок, весь день ходит довольная, но, несмотря на это, неизменно опаздывает на свидание. Вообще всегда и всюду опаздывает, хотя все делает в спешке. Недавно, по ее собственному свидетельству, едва не оказалась втянутой в сомнительную историю с порнографическими снимками: «польстилась на косметику» – может истратить на нее последние деньги и «сидеть потом без хлеба».

«Никудышная» хозяйка, по оценке соседки, и в частности – крайне небрежно относится как к своим вещам, даже дорогим, так и чужим, взятым на время в пользование, «не понимает» их ценности, возвращает истрепленными и испорченными, каждый раз по-детски просит прощения. Никак не может по-настоящему обжить квартиру и наладить быт: кажется, что она занимает временное помещение, каждую минуту может съехать и потому безразлична к своему жилищу. При этом наделена завидной энергией: весь день на ногах, «всегда готова развлекаться», по ночам стирает.

В доме у нее неряшливо, повсюду разбросаны вещи, на полу радиоприемник; комната как бы разделена прямой линией на мужскую и женскую половины, утратила из-за этого всякий уют и цельность. Сама она чересчур, до суеты, подвижна, лишена грации и изящества, лицо густо «намазано» косметикой. Должна была ехать к матери, но с приходом врача словно забыла о своем намерении или вдруг поменяла планы. Держится со «светской гостеприимностью», но тон высказываний едва ли не с начала разговора не соответствует этому радушию – неожиданно ущербный, самокритический. Говорит, что стала «дура-дурой», иначе относится теперь к прежним друзьям и их общим устремлениям: «все получились неудачники». Хочет все же усовершенствоваться в профессии (работает машинисткой), освоить машинку с латинским шрифтом, прибавляет со значительностью, что всегда был интерес к иностранным языкам. По окончании беседы, которую вела с видимым удовольствием, сразу же словно забыла о ней, заторопилась и засобиралась: бестолковая, сумбурная, оживленно-озабоченная. Речь с «книжными» штампами, излюбленными словечками, выспренне звучащими оборотами, которые ей самой кажутся особенно удачными: «так и запишите» (С).

История эта характерна для определенного рода неудачников от искусства: не все они таковы, но многие. Отличаясь с детства капризностью, потребностью быть на виду, владеть безраздельно общим вниманием, такие лица претерпевают в юности шизоидный кризис, в течение которого отдаляются от сверстников, переоценивают жизнь наново, ориентируются на художественное, артистическое, философское и пр. отражение и переосмысление действительности – в ущерб активному участию в ней и ее непосредственному чувственному восприятию. Они собираются в кружки, исповедующие своего рода групповой аутизм и коллективное инакомыслие, живут и мыслят в них по видимости вместе, но на самом деле врозь, слушают не столько других, сколько себя в них: живые человеческие связи подменяются в таких компаниях рефлективными, умозрительными, опосредующими общность эстетических и культурных интересов. Детская истеричность, сохраняющаяся цельным пластом в психике этих лиц (поскольку психопатия, сформировавшаяся в детстве, оказывается в дальнейшем очень устойчива), соединяется в них со свойственными юношеской шизоидии эстетизмом и культуртрегерской установкой, побуждают их принимать далеко идущие, ответственные решения: стать артистами, режиссерами, поэтами и т. д. – они тем словно нарочно искушают и испытывают судьбу, и без того чреватую у них неизбежными житейскими неудачами и коллизиями.

Под эту схему в той или иной мере подпадают, возможно, многие представители творческих профессий – не одни только неудачники. Мы не будем обсуждать здесь, что психопатологически отличает преуспевающих деятелей искусства от несостоявшихся, но неудачники в целом, видимо, чаще бывают больны: если не во врачебном, то в биологическом смысле слова – «болезнью судьбы» по H. Ey. Подспудное, «подледное» течение патологического процесса приводит здесь к тому, что его носители в нарастающей мере утрачивают способность к эмоциональному отклику, сопереживанию, мимикрии, перевоплощению – всему тому, что в профессиональном искусстве ценится в особенности: напротив, все более отгораживаются от мира глухой шизоидной стеной, делаются неловки, невыразительны, а мимика их, при попытке форсировать возникшие трудности, приобретает утрированный, натужный, нарочитый, манерный, иногда почти судорожный характер. Им следовало бы отказаться от своих притязаний, посвятить себя делу более спокойному и менее публичному, но вся их психика в целом, приобретя косность и инертность, не в состоянии отказаться от «дела жизни», от идейных доминант и порочных кругов юношеского мышления – это равносильно для них духовной и идейной смерти, полному и окончательному поражению.

Латентно-шизофренические черты в последнем случае вполне очевидны– они лишь замаскированы несвойственной шизоидии «моторностью», неуемной подвижностью этой молодой женщины, которая у нее, возможно, от отца, деспота и эпилептоида (у нее самой в раннем детстве были приступы типа аффект-эпилептических). Но при незаурядной двигательной активности она оказывается по существу ограниченно трудоспособной из-за ежеминутно меняющихся и никогда не завершаемых ею планов, нестойкости целевых установок, неспособности к сколько-нибудь длительному сосредоточению на чем-либо – если только это не чисто машинальное, ритмическое занятие типа стирки. Впечатление таково, что источник энергии, который обеспечивает выполнение всякого труда неспецифической «моторной», «физической» энергией, остался здесь не затронут болезнью; второй же, более специальный, тесно связанный с организацией трудового процесса во времени, его планировкой, началом и завершением, то есть с собственно психическими функциями, пострадал, как это обычно бывает у таких больных (т. е. латентных шизофреников и «дефектных шизоидов»), в первую очередь: у этой женщины он изначально слаб и постоянно прерывается иными, идущими со стороны, случайными им-89пульсами. Эта кардинальная несостоятельность идет в паре с неочевидной, но временами прорывающейся наружу субдепрессией (парадоксальным образом сочетающейся со столь же постоянной, хронической расторможенностью). Основное настроение, преобладающий аффект, состоит здесь действительно как бы из двух слоев: «наружного» гипоманиакального и лежащего под ним – субдепрессивного. Выглядя беспечной, она, «раскрываясь», с беспощадной, нелицеприятной самокритичностью и депрессивной

резиньяцией говорит о своих неудачах в жизни, о несбывшихся мечтах и планах (хотя и здесь, как это сплошь и рядом бывает у шизоидов, идеалы юности не исчезают вовсе, но остаются тлеть в сознании и каждую минуту готовы возродиться вновь из пепла: они звучат, в частности, скромным отголоском в ее намерении освоить машинку с латинским шрифтом). Характерно и то, что при таком «идеализме» побуждений она, будучи патологически (и избирательно) внушаема, готова, под влиянием злонамеренных советников, к ничем не мотивированным, «бескорыстным», едва ли не невольным правонарушениям – эта пассивная подчиняемость уже, видимо, не раз доводила ее до черты, за которой могли воспоследовать серьезные житейские неурядицы. Что касается ее речи, то она носит «книжный», путаный характер, лишена живости, образности, изобилует штампами, неуместными «излюбленными словечками», которые являются, хотя и далекими, но все же родственниками неологизмов и нестандартных словоупотреблений параноидных хроников. О своих отношениях с мужем она говорит как о вполне патологических, уподобляя его влияние на нее гипнотическому воздействию. Мы не наблюдали этот характер в движении, у нас нет достаточных данных для его реконструкции во времени – может быть поэтому он предстает перед нами как статичный, неподвижный, «дефект-психопатический», но по сгущению шизоидных и дефектных проявлений он, безусловно, непосредственно примыкает к латентно-шизофреническим.

Следующая «выдумщица» в чем-то схожа с этой. И у нее помимо явной шизоидии имеется стертая эпилептиформная симптоматика, которая, возможно, и «держит ее на плаву», помогает удержаться в жизни: подобные «миксты» менее подвержены разрушительному действию вялотекущего шизофренического процесса. Она, при всей своей «чудаковатости», более целостна и практична, менее «расщеплена»: ее чудачества более изолированы, как бы прячутся в сокровенной психической нише, оберегаются ею от стороннего глаза и лишь время от времени открываются для всеобщего обозрения; инкапсулированные таким образом, они в меньшей степени влияют на ее повседневную жизнь, в которой она, по сравнению с предыдущей женщиной, чувствует себя более уверенно. Перед ее биографией – краткие сведения о матери, также весьма примечательной.

Набл. 3О. Женщина 72 лет. Из крестьян Рязанской области. Вторая дочь больна шизофренией: смолоду «распущенная», страдала затем повторными приступами маниакально-кататонического возбуждения; имеет 2-ю группу инвалидности. Сама мать была «швеей-стахановкой», очень трудолюбивой и работоспособной, но законченной одиночкой: подруг не имела – одни «шапочные» знакомства. Вышла замуж, но ни к мужу, ни к половой жизни вообще влечения не испытывала; родив двух дочерей, с мужем развелась и больше в брак и в иные интимные связи не вступала. При этом всегда очень легко говорила об интимных отношениях, вызывая неловкость у слушателей даже в простой среде – или в ней в особенности. Эта черта в ней в последние годы усилилась. Настроение ее теперь, кажется, постоянно повышено: она «то смеется, то улыбается», но всегда «молча» и если говорит, то все невпопад. Стала «какая-то загадочная», еще более неожиданная и бесстыдная в речах, всех шокирует своими выходками и «прибаутками». Словно находит удовольствие в подобных провокациях слушателей, бравирует ими – соседи же считают ее не вполне нормальной и не по годам «помешанной на сексе». Дома весь день не покладая рук работает по хозяйству – «тоже все молчком, хотя и с веселым настроением». С дочерью разговаривает «лишь в силу крайней необходимости».

Посмеивается с заговорщическим видом: будто у нее есть с врачом общие тайны, на вопросы не отвечает или бормочет что-то невнятное, уходит от разговора, сохраняя на лице игривую улыбку и «комическое», «стыдливое» выражение (С).

Набл.31. Женщина 48 лет. Всегда была «фантазеркой», мечтала о «необыкновенных» профессиях. Любила в молодости ходить к окнам анатомички на Моховой, смотреть на трупы в прозекторской и представлять себе покойников живыми: «Стоишь, за него переживаешь». Охотно читала, но училась средне: «было много лени». Не любила домашнего хозяйства, все делала мать, она только вязала. «Ненавидела» старшую сестру, впоследствии заболевшую: та ее обижала – испытывает то же чувство к ней и поныне. Со времени месячных (13 лет) и до 19 «обмороки»: «шумело в голове», затем медленно опускалась без сознания на пол; упасть могла где угодно: в магазине, на улице. С 19–20 лет стала бойчее, разговорчивее, появилась легкость в принятии важных решений, почти нарочитое легкомыслие. Поступила, в соответствии с давним желанием, гримером на киностудию, охотно ездила на съемки. По-прежнему любила «пофантазировать», поделиться выдумками с приятельницами, поболтать в компании (но не петь и не танцевать: «этому так и не научилась»). С этого времени будто бы наделена способностью влиять на настроение окружающих, менять его: «У меня столько юмора». В 22 года вышла замуж за шофера студии: поспорила перед этим с подругой, что «женит» его на себе; до этого никаких планов на него не строила: «выиграла мужа за 5 рублей», по ее словам. Во время беременности (25 лет) возобновились «обмороки», повысилось давление крови, был выкидыш. Вторая беременность завершилась срочными родами, но мальчик умер во сне в 2 года. В 30 лет родила сразу скончавшуюся после родов девочку. В эти годы супруг начал пить запоями; когда он возвращался домой пьяный, с ней случались «истерики», как и в юности кончавшиеся «обмороками»: вначале «нарочно устраивала» их, чтобы напугать мужа, затем теряла контроль над собой и сознание. Когда он стал пить меньше, сделалась спокойнее. С климакса (43 года) – ухудшение самочувствия: слабость, приливы, сердцебиения. С этого же времени очерченные колебания настроения: по нескольку часов в день тоска и апатия. Родила наконец здорового сына, начала работать горничной.

Невысокая, гиперстенического сложения, толстая, краснолицая. Говорит нараспев, в однообразно повествовательном тоне. Пренебрежительно отзывается о муже, не соответствующем ее идеалу мужчины: она

любит стройных и подтянутых, а муж далек от этого идеала. О сыне тоже говорит без тепла, поверхностно. Сосредоточена на себе, на своих «незаурядных» способностях. Говорит, что любит разыгрывать людей и преуспевает в этом. Со слов соседей, выглядит это так: приходит, например, домой, говорит, что купила где-то очень хорошие яблоки за 20 копеек – «все туда бегут», а она очень довольна тем, что всех «разыграла», считает свою шутку очень смешной и всем о ней рассказывает (С).

Для полноты картины и кратко – сын этой женщины:

Набл.32. Юноша 18 лет. В раннем детстве капризный, обидчивый, возбудимый, До 10–12 лет были тики. В школе был очень ленив, играл с девочками и мальчиками Младше себя. С 15–16 лет стал «трудным», раздражительным, надолго запирается в ванной. Оставил школу, решил стать гитаристом, играет (плохо) на этом инструменте. Жалуется на головные боли. Неприветлив, ушел от разговора, сославшись на занятость (С). – -Мать с дочерью во многом схожи: обе «шокируют» соседей, «ставят их в тупик» и, как им представляется, «потешают», обе – с чертами дурашливости и клоунады. У матери в последние годы развивается вполне характерное состояние с парамимией и «загадочной», непроницаемой молчаливостью. Меру скрытой болезни дочери можно определить нелепостью ее розыгрышей – в них дефектность ее психики, в иное время не столь явная, как бы фокусируется и высвечивается. Она (повторимся) в чем-то похожа на женщину из предыдущего наблюдения: «влечением к искусству», на этот раз – к кинематографу, определяющим (во всяком случае, на время) выбор профессии, легковесностью в принятии самых важных житейских решений, нарастающим одиночеством в жизни; обе, кроме того, по наличию скрытой или отзвучавшей эпилептиформной симптоматики, могут быть отнесены к большой и сборной группе шизоэпилептоидов, где нарастающая со временем шизоидия с годами «затмевает», заслоняет собой эпилептоидию раннего возраста.

Далее два случая «эмоционально-бедной» шизоидии, в которых собственно шизоидные черты, т. е. характерные аутизм и отстраненность, сопровождаются грубостью и примитивностью эмоций, утрированным «эгоизмом», расторможением низших влечений – почти импульсивной, неуправляемой «жадностью», на еду в особенности. Оба всю жизнь пили, но пьянство не вызвало у них характерной алкогольной деградации. Первое наблюдение ближе к собственно шизоидной группе: здесь имеются специфические трудности общения и даже – эстетическая доминанта, влекущая этого человека к кинематографу, второй же случай более «дегенеративен», дальше отстоит от собственно шизоидии и более сложен диагностически: современный психиатр, лишенный сборного и некогда столь удобного для него понятия и ярлыка дегенерации, затрудняется в классификации подобных состояний – несмотря на их цельность, законченность и повторяемость в населении.

Набл. 33. Мужчина 64 лет. Из крестьян Рязанской области. Со слов жены, в его семье все «невнимательные к окружающим», «незаботливые», не видятся друг с другом, мать – «законченная эгоистка». До 22 лет жил в деревне, в голодный год переехал в Москву, был извозчиком. Кончил курс ликбеза, выучился на вагоновожатого. К работе своей относился пунктуально, ни разу за всю жизнь (несмотря на многолетнее пьянство) не опоздал в депо. Еще в деревне женился на односельчанке. В семейной жизни, всегда и с годами все более, был черств, невнимателен, обособлен: «от него ласки не дождешься», «мы сами по себе, а он сам»; скрытный, неразговорчивый. Всегда ревниво следил за распределением еды, себе брал лучшие куски. На людях был не прочь порассуждать на разные темы, но сам встреч ни с кем не искал и мог на полуслове и без сожалений бросить разговор, который вел до этого с видимым удовлетворением; ни с кем вообще близких отношений не поддерживал. Одно время ходил на «Мосфильм»: снимался там в роли статиста – сам объясняет это тем, что наскучивало сидеть одному дома. Все свободные деньги тратил на водку, семью всегда обделял, был очень скуп на все, кроме выпивки. Пил с 30 лет и до недавнего времени, по нескольку раз в неделю. Пьяный делался придирчив, громко разговаривал с собой вслух, переживал наново какие-то бывшие реальные ситуации, негодовал по их поводу. В войну пошел на фронт, здесь у него без видимых причин начали выпадать зубы, лечился у невропатолога. Был ранен в руку. Вернулся нервный, раздражительный, очень расстраивался из-за потери зубов – к семье отнесся с прежним безразличием. Из-за последствий ранения оставил прежнюю профессию, был разнорабочим на базе. С 60 лет на пенсии. Характер его долго оставался прежним – только в самое последнее время стал несколько мягче и «заботливее»: много времени проводит теперь с внуком, который его любит; ежедневно с ним гуляет, стал охотнее и дольше говорить по телефону (прежде и в трубку отвечал нехотя, отрывисто). Хотя по-прежнему ведет себя дома так, будто его ничто здесь не касается, стал больше помогать по хозяйству. Пить перестал сразу, в один день: испугался за свое здоровье (всегда был мнителен, «трусоват» в этом отношении) – стал, кроме того, жалеть деньги на выпивку.

Выглядит старше своих лет. С нескладными движениями, выспренней и странно звучащей, «бюрократической» речью: «демобилизовался по приказу Калинина», «крестьянствовал в деревне под руководством родителей». То, что стал проводить много времени с внуком, объясняет пользой прогулок для здоровья. Никого не знает в доме после 10 лет жизни в нем и это тоже объясняет по-своему: дом изначально был заселен работниками одного завода, и он всегда чувствовал себя в нем посторонним. Когда гуляет, то подсаживается к пенсионерам, но не знает «о чем с ними болтать»: «спросят– ответишь», «иные разговаривают, а, я думаю». Физически, несмотря на ипохондрические опасения, чувствует себя хорошо, память вполне удовлетворительная (С).

Случай этот примечателен нечасто встречающимся сочетанием «тупости», «примитивности» психики – и шизоидного анализа, самонаблюдения. При всей узости его кругозора, ограниченного, кажется, пищей, водкой

и иным сугубо материальным потреблением, этот человек способен и склонен к рациональному осмыслению и истолкованию собственных душевных движений или их отсутствия, аутистическим «догадкам» и проницательным комментариям. Черты эти обычно исключают одна другую, но у «примитивных» шизоидов оказываются совместимы: их «интеллектуальная недостаточность» иная, чем у «рядовых дебилов» (если таковые вообще имеются). У этого человека на все – правдоподобное, на его взгляд, объяснение: те или иные свои особенности он относит за счет внешних обстоятельств, но шизоидную неспособность к живому общению описывает очень предметно и рельефно. Это – разговор только в виде вынужденных ответов, своего рода «коленных рефлексов речи», слабость и быстрое иссякание собственного спонтанного речевого потока, необходимость думать над ответами и редактировать фразы, «неумение» свободно включиться в общий разговор и обмен мнениями, откликнуться на него, прийти к взаимопониманию с собеседниками. (Шизофрения, как известно, во всех отношениях болезнь непредсказуемая: трудно было ожидать, что именно этот «примитивный» субъект лучше других в выборке расскажет о речевых задержках и своеобразии речевого общения шизоидов, но именно так и вышло.)

Примечательна динамика его личностных расстройств. Он с годами смягчается, делается более человечен, что проявляется прежде всего в его отношении к внуку: он из тех плохих отцов, которые становятся сносными дедами (хотя и этому он находит свое эгоцентрическое объяснение и «оправдание», ссылаясь на пользу прогулок с внуком для собственного здоровья). Шизоиды с годами обычно не делаются лучше – смягчение психопатических черт, сходное с наблюдающимся, более характерно, кажется, для индивидов, в психопатии которых большое место занимает патология влечений: последняя действительно ослабевает к старости, и носители ее делаются более благопристойными и приемлемыми для окружающих. Так или иначе, но чистым шизоидом этого человека назвать сложно – это, если можно так выразиться, пропфшизоид с Расторможением «низших» влечений.

Далее случай еще более «отталкивающий», «вызывающе-отрицательный» и психопатологически более цельный в своей законченной мизантропической сущности, хотя (или именно поэтому?) плохо укладывающийся в обычные квалификационные рамки (впрочем, общая принадлежность его к шизоидно-шизофренической группе ни у кого, кажется, сомнений не вызовет.)

Набл.34. Мужчина 67 лет. Москвич из зажиточной семьи. Брат – полковник, его на службе недолюбливают, он «не такой, как все». Сестра нигде не работала, писала стихи, недавно сказала жене обследуемого, чтобы она в конце концов простила мужа: «Мы, видно, все такие, особенные».

Кончил с отличием городское училище, затем так же успешно выучился на портного. Всю жизнь портняжничал: имел патент, работал в одиночку. Жена его знает с 35 лет. Слышала, что до брака с ней он вел беспорядочный образ жизни, каждый день пил, «менял» женщин – потом такая жизнь ему «надоела». Был женат в молодости, ушел от жены потому, что та будто бы ему изменяла. Перед второй женитьбой целенаправленно искал себе «домработницу», заплатил родственнице будущей жены, чтобы та свела их (жена на 17 лет его моложе). Всегда был предельно эгоистичен, жесток и безразличен к жене и родившимся детям. С женой почти вовсе не говорил, требовал лишь комфорта и унизительных услуг: чтобы она, например, мыла его как ребенка, в корыте на кухне; общей баней брезговал. Детей словно не замечал, а если они подходили к его рабочему месту, бил щелчками по голове. Работал с увлечением, был хороший мастер, но все деньги тратил на себя: ежедневно пил. Материал никогда не пропивал и работу кончал в срок – имел поэтому надежную репутацию. Деньги на хозяйство давал настолько мизерные, что жена, продолжая жить с ним, подала в суд на алименты. Ничем, кроме работы и пьянства, не интересовался, за всю жизнь был два или три раза в кино и ни разу – в театре. В войну был армейским портным, за все время не написал домой ни одной строчки, а когда вернулся, повел себя так, будто ушел только накануне. Иногда бывал вроде бы подавлен на вид – тогда напивался непременно допьяна. Когда в дом в последнее время начали приходить гости (семья мужа дочери), то молча выпивал предложенную водку и уходил в соседнюю комнату.

До 63 лет был физически крепок. Четыре года назад почувствовал себя ночью плохо, встал, прошел немного, упал, была пена изо рта, четверть часа оставался без сознания, пришел в себя не сразу, постепенно, в больницу ехать отказался. Заметных параличей после этого не было, но стал слабее и медлительнее прежнего. Спустя год развилась картина паркинсонизма: ходил семенящей походкой, была скованность, с трудом себя обслуживал. В характере изменился мало: по-прежнему предпочитал одиночество любому обществу. В течение года слышит «звонки» в дверь, всякий раз ходит открывать ее.

При осмотре характерный паркинсонический облик. Ответы по существу вопроса, точные, но сугубо лаконичные и часто уклончивые. О прошлом говорит неохотно, к беседе отнесся без интереса. Выглядит сумрачным, отчужденным, но производит при этом впечатление наблюдательного собеседника (В).

(Через месяц после обследования у него развился острый психоз: говорил, что в доме много людей, «все приходят к нему и идут мимо – только один подошел». Жена его будто бы нашла себе этажом ниже другого мужчину, ходил в белье искать его. Был стационирован в психиатрическую больницу, там в первое время был очень слаб, затем окреп, начал вставать, ходить, но говорил, что накануне был дома, что его квартиру перенесли в другое место, жена будто бы ездила на лошади, развозила удобрения; то расспрашивал ее о делах в семье, то снова «путался».)

Трудности в оценке личностной патологии в данном случае (как и в других подобных) отчасти обусловлены дефицитом сведений и прежде всего – субъективного анамнеза. По имеющимся у нас скудным данным, можно

предположить, что этот человек всегда был повышенно брезглив и ревнив, он, возможно, страдал стертыми депрессивными фазами, а к концу жизни, с присоединением паркинсонизма и церебрального атеросклероза – элементарными слуховыми обманами, окликами: все это роднит его с шизофренным кругом патологии (хотя последний «едущий» психоз был уже вполне атеросклеротического свойства). По целому ряду других «параметров» он, однако, существенно отличается от латентных шизофреников, к которым его можно отнести на основании сказанного выше. У него ясная голова, толковая, хотя и предельно лаконичная, речь, он хороший работник и надежный мастеровой, совершенно безразличный к какой бы то ни было культурной или эстетической деятельности, – напротив, худшего врага искусств, кажется, и представить себе невозможно. По-видимому, и здесь речь идет о сложной, «глобальной», «дегенеративной» психопатии, в которой преобладают брутальность и расторможение влечений, хотя очевиден и ее шизоидный полюс: обособленность от людей, отстраненность, добровольный остракизм и мизантропия; имеются также стертые депрессии и симптоматическое пьянство, не приводящее к характерной алкогольной деградации.

Далее случай гебоидии: юноша с родителями, также представляющими собой психиатрический интерес. Отец по обычным диагностическим меркам – истерик:

Набл.35. Мужчина 43 лет. Родители – евреи из Крыма. Отец – инженер, «человек во всех отношениях положительный», много работал, был привязан к семье, погиб в войну. Мать – энергичная, экспансивная, эмоциональная, увлеченная работой, «не усидела на пенсии», вернулась на службу; хозяйство вела домработница. Один из братьев– очень спокойный, серьезный; утонул, не умея плавать; второй – резкий, вспыльчивый, грубит домашним; инженер; все свободное время проводит возле автомобиля.

Характеризует себя с детства подвижным, компанейским, всем нравился и любил нравиться. Кончил школу, затем – технический институт. Работает по профессии, живет с женой и сыном, увлекается водными и горными лыжами. В характере, по его мнению, изменился мало – стало лишь труднее сходиться с людьми, и он предпочитает иметь дело со старыми знакомыми.

По скупому рассказу жены, эгоизм – его основная черта: «если он чего-то захочет, то будет добиваться этого, ни с чем и ни с кем не считаясь» – способен при этом «пресмыкаться сам и унижать других». Все у него делается для себя, для исполнения его желаний: любит хорошо одеться, много денег тратит на спортивную экипировку. На лыжи ездит один из семьи, с давней, с юношеских лет, компанией, в которой привык развлекаться. Дома требователен, капризен, ведет себя часто подобно взрослому ребенку. С сыном держится несоответственно возрасту и родительскому положению: пытается иногда руководить им, но не способен повлиять на него и по существу безразличен к тому, что тот делает, – озабоченно поговорив о нем с женой, неизменно возвращается к своим делам и увлечениям; сын, со своей стороны, относится к нему несерьезно, снисходительно.

Моложавый, спортивного вида, легкий на подъем, но с малоподвижным, «помятым» лицом «стареющей капризной кинозвезды», «перезрелого юноши». Настроение в течение визита врача непрерывно меняется: встретил врача колко, недоброжелательно, со смешком обыграл его вступительную фразу, был какое-то время демонстративно, до грубости, сух, затем – напротив, нарочито внимателен, но одновременно важен и чопорен – все это вне связи с ходом разговора, с рисовкой, постоянным актерством при ежеминутно и самопроизвольно меняющейся мимике. Пожаловался на то, что сын относится к нему неуважительно, что психология молодых людей – брать все от жизни и от родителей: сделался, говоря это, удручен и беспомощен, но и это быстро и так же не оставляя следов сменилось новым настроением (С).

Мать:

Набл.36. Женщина 43 лет, русская, с высшим образованием, инженер. Страдает артериальной гипертонией. Какой была прежде, сведений нет, но в последние годы пассивна и подчиняема в семейной жизни: сохраняя видимость мира, во всем уступает мужу и сыну, позволяет им вести себя «как им вздумается», не в состоянии бороться с обоими, хотя недовольна происходящим и своим бесправным положением в этом шизоидном «семейном треугольнике».

Отвлечемся от истории ее жизни – она не столь интересна, как впечатление от общения с нею, которое мы попытаемся передать читателю. Эта женщина запомнилась своей манерой отвечать или, вернее, не отвечать на вопросы доктора. Поведение это тем более бросалось в глаза, что стояло в разительном контрасте с ее внешностью. Это была высокая, статная, красивая женщина, которой вовсе «не шла» бессловесная и ущербная манера отмалчиваться. Рассказывала она о себе и своей семье скудно, кратко, как бы помимо воли, пропуская многие вопросы «мимо ушей»: словно была занята предыдущими и переключение на новые было ей неприятно и утомительно и она теряла последнее желание разговаривать. Сведения из нее надо было «вытягивать», она словно не слышала многих вопросов врача, хотя они до нее безусловно доходили: она незаметно прислушивалась к ним и всякий раз слегка насупливалась. Муж и сын относились к ней свысока и потребительски – она не отвечала на их бестактности, но про себя молча и болезненно на них «реагировала», о чем недвусмысленно дала понять доктору (С).

Нежелание разговаривать с врачом встречалось не у одних шизоидов, но у других оно сочеталось не с молчаливостью, а напротив – временным и нарочитым оживлением разговора. В таких случаях искали и легко находили способ свернуть беседу, уйти от нее, сослаться на занятость, представить дело по возможности благопристойным образом: в общении с врачом тогда блюли некоторые приличия. Только у шизоидов нежелание вести разговор сочеталось с особого рода молчаливостью, которая производила впечатление

речевых задержек, тягучего замедления, «стаза мыслей» – особенно при настоянии на продолжении разговора: речевой поток, и без того изначально скудный, здесь словно перекрывался наглухо каким-то вентилем. Характерно также, что в подобных случаях не прослеживалось «логики поведения»: уходя от разговора, эти люди не оставляли его физически, но оставались сидеть в прежней позе, с недовольным выражением лица, продолжая некое половинчатое, полное неясностей и недомолвок общение и собеседование. Психопатологически в таких случаях можно было думать о вялой, подспудной, инертной, пассивной субдепрессии с «дрейфом по жизни» или (эти состояния не всегда наглядно отличимы одно от другого) субкататонического оппозиционизма и негативичности со свойственными последним речевыми и волевыми задержками. Наконец, их сын:

Набл.37. Юноша 21 года, сын описанных выше. Был с детства подвижным, вспыльчивым, капризным. Учился неровно, но до 13–14 лет подчинялся общепринятым требованиям – с этого же времени «гроза школы и двора», «первый хулиган», жестокий и властный организатор шайки во дворе, где всех держит в повиновении; с того же времени беспорядочные половые связи, в которых склонен к насилию. Экзамены сдавал и, несмотря на конфликты *в* школе, из класса в класс переходил: учителя тоже его побаивались. На учете в милиции. Сейчас в армии и, видимо, симулирует гипертоническую болезнь. Приехал в Москву на побывку (самовольно?).

Производит впечатление «глубоко измененного»: медлителен, торпиден, с замедленными, вязковатыми движениями; холоден и враждебен на вид, с постоянно недовольной, настороженной и временами – агрессивной миной; отвечает односложно, не на все вопросы, часто – демагогично, со скрытой иронией и явным лицемерием; интереса к беседе не проявляет. В общении с родителями в присутствии врача столь же холоден, неуважителен, держится без сыновней дистанции (С).

Отец (позволим себе повториться) – едва ли не единственное лицо выборки, кого можно было отнести к «характерным истерикам», хотя содержание «истерии» в данном случае (как и в других тоже) нуждается в дальнейшей расшифровке, поскольку сама по себе истерия – понятие, как известно, сборное, производное и симптоматическое, «фасадное».

То, что называют истерией характера, на поверку и при первом приближении к истине почти всегда оборачивается эпилептоидией лиц с задержкой эмоционального развития – эпилептоидией инфантильных. Поскольку инфантилизм обычно (всегда?) сопровождается тимопатическим синдромом с аффективной лабильностью, такая истерия представляет собой как бы сочетание из эмоциональной неустойчивости, детской незрелости психики и вполне эпилептоидных по своей природе притязаний на обладание людьми, вещами, властью, влиянием, вниманием и пр. Все это присутствует у главы нашего семейства и до сих пор во многом определяло его психическое лицо и житейское поведение. Но у него угадывается и иное, шизоидное, «ядро» психики, становящееся очевидным со второй половины жизни и вытесняющее на второй план другие «составляющие» его многослойно-трудного характера.

Шизоидия проглядывает здесь, в частности, в его пожизненной приверженности кружку вечно юных и вечно модных «молодых людей», в его представлении не знающих физического и душевного старения. Шизоидность проявляется обычно нарастающим одиночеством, аутистической изоляцией человека в обществе, но может – и особого рода кружковщиной, основанной на общности или однонаправленности культурных, эстетических, мировоззренческих и пр. интересов (отличаясь в этом от обыденной ограниченности и избирательности общения: служебной, профессиональной и пр.). В подобных кружках люди воспринимаются в первую очередь не как живые лица, а как носители определенных культурных качеств и ценностей: здесь тоже наблюдается поворот от действительности к ее «культурному» отражению и опосредованию, далеко идущее «переключение» с реальности на умозрительный мир образов, идей, схем, оценок – все более отворачивающееся от жизни по мере усиления основной шизоидной «аберрации». Такая «кампанейщина» характерна, правда, не столько Для «чистой» шизоидии, носители которой обычно самодостаточны, одиноки и пассивны в общении, сколько смешанным, более сложным ее формам, где прослеживаются последовательно: инфантильная, эпилептоидная и шизоидная фазы и где свойственные «иным» состояниям черты все более искажаются и деградируют в преимущественно шизоидную стадию психопатического развития.

Шизоидная природа явления высвечивает здесь и в характере «дурной бесконечности» подобных приятельских отношений и привязанностей. Людям свойственно, входя в новый возраст, менять образ жизни и круг общения. Им Дороги прежние друзья, они охотно встречаются с ними и вспоминают прошлое, но на следующий день их обычно не тянет свидеться с ними снова: воспоминания от этого блекнут, а они в таких случаях всего дороже – «дороги как память». Упрямая приверженность компании юношеского возраста, особенно основанной на коллективном оппозиционизме и снобизме, необычна и привлекает к себе внимание. Речь в таких случаях почти всегда идет о болезненной ограниченности и замкнутости общения, о его идейной и культурной «запрограммированности», о несостоятельности в установлении обычных и необходимых житейских связей: отец и сам говорит, что ему все труднее даются рядовые житейские знакомства и взаимоотношения. Параллельно этому «идейному» предпочтению в общении через всю жизнь этого человека путеводной нитью проходит стремление устроить свое существование по определенному эстетическому, светскому, спортивному образцу: эта идея носит у него характер эстетической сверхценности и поведенческой доминанты и, при всей своей психологической и социальной понятности, производит в конце концов на окружающих (близких в особенности) впечатление чего-то неуместного, анахроничного, искусственного.

Шизоидия, как известно, может участвовать в формировании «истерии» и на самых ранних этапах ее

развития. Одно дело – когда ребенок, стуча ногами, требует, чтобы ему купили игрушку или сладкое; другое – когда малолетний «истерик», действуя, как правило, много тоньше и изобретательнее, добивается общего внимания и признания в элементарных актах общения. В этом уже чувствуется некий изначальный коммуникативный дефект: возможно, таким детям для установления даже элементарных «контактов» (или для них в особенности) требуется особенный чувственный накал, основанный на эпилептоидных полярных аффектах доминирования-подчинения: без него простые житейские связи не устанавливаются, не «принимаются» психикой, уже закрытой для обыденного общения – в особенности со сверстниками. С течением времени, по достижении 40-летнего рубежа, коммуникативная несостоятельность отца делается очевидной. На первый план в его повседневной жизни выходят черты вынужденного «постояльчества»: изоляция, растерянная беспомощность в собственном доме, болезненно осознаваемая им самим – не в отношениях с женой, где им по-прежнему движет бесчувственный и деспотический эгоизм, потребность в моральном (изначально – сексуальном?) подавлении, но более всего – с сыном, отношения с которым вполне характерны для шизоидных семей, где домашние роли теряют родственную специфику и где родители и дети ведут себя то как приятели, то как враги, то как случайные знакомые, волею судеб оказавшиеся под одной крышей.

Мать может быть отнесена к категории пассивных шизоидов, которые, по-видимому, близки к латентно-процессуальным формам: за пассивностью здесь скрывается хроническая субдепрессия, либо волевой дефект, либо, что чаще, «то и другое вместе». Для таких шизоидов характерна сдача жизненных позиций, подчинение другим членам семейства, житейским обстоятельствам, просто – течению жизни, в которой они «дрейфуют», впадая в некое подобие психического анабиоза с машинальностью и безволием, сохраняя при этом ясность ума и способность к критике и живому наблюдению.

Наконец, их сын – очевидный и законченный гебоид: властный, мрачный, мизантропичный, жестокий и т. д… Как всегда в случаях тяжелой гебоидии, возникает ощущение, что одной шизоидней здесь «дело не ограничивается»: слишком грубо, тотально поражена вся чувственная и инстинктивная сфера – это moral insanity старых авторов. Сын унаследовал шизоидию от обоих родителей, но отличен от них не только грубостью психопатоподобной симптоматики, но и еще чем-то, что можно назвать «органическим довеском» к шизоидии – чем-то более «массивным и материальным», чем одна латентно-шизофреническая конституция, которая обычно производит впечатление хрупкости, ломкости, странности и отстраненности. То же можно сказать и о его моторике: она выглядит не машинальной, не нескладной и неловкой, а вязкой, тягучей, замедленной. С двигательной симптоматикой такого рода в нашей выборке (поскольку мы можем ссылаться здесь только на ее примеры) мы встречались лишь в случаях наследственной патологии с сочетанием олигофренной и шизофреноподобной симптоматики. Не вполне характерно для «чистой» шизоидии и его безусловное лидерство в дворовой шайке. При необходимости различать все эти разновидности шизоидии мы бы обозначили его как латентного шизофреника с чертами брутальной шизоэпилептоидии и с «органической» вязкостью моторики.

Далее (набл.38) – своего рода «гебоидия пожилого возраста». В нашей выборке было три индивида, о которых соседи в один голос говорили как о людях, которых и описать нельзя, «ужасных», «невозможных» для проживания с ними под одной крышей и т. д… Об одном только что рассказано, вторая следует ниже, третье наблюдение отнесено к разряду «шизоэпилептоидов» (набл.89). Во всех трех случаях «невыносимые» свойства таких людей, их «сатанинская сущность», выглядели как бы результатом сложения двух векторных сил: брутальной эпилептоидии – с ее неутомимой моторной активностью, готовностью к физической агрессии, расторможением влечений – и тяжелой шизоидней, весьма подозрительной на подспудное течение латентного шизофренического процесса: с негативистическим, мизантропическим противостоянием обществу и в особенности – представителям своего пола, с нарочитым пренебрежением условностями, выставлением напоказ своих «пороков», моральным и телесным эксгибиционизмом. Это те самые «пересмотренные» «аморальные эпилептоиды» П. Б. Ганнушкина, которые были отнесены другими исследователями к преимущественно шизоидам (Е. К. Краснушкин). Более или менее искренний самообман эпилептоидов, в минуту кверулянтского задора и пафоса почти верящих в собственные версии и трактовки событий, оборачивался у таких лиц хладнокровной, сознательной и безжалостной демагогией. На работе они «поворачивались» эпилептоидной стороной и, как следующая женщина, были даже на хорошем счету (?), но дома «распоясывались», «разнуздывались». Наличие более или менее явной микрокататонической (мимической, моторной, речевой и пр.) симптоматики побуждало относить таких лиц к преимущественно шизоидному (латентно-шизофреническому) полюсу, преобладание характерного эпилептоидного «лицемерия» – к эпилептоидному, но обозначить более четкую границу между обоими вариантами не представлялось ни необходимым, ни возможным.

Набл.38. Женщина 67 лет. Анамнестические сведения дает крайне неохотно. Москвичка. Отец – рабочий, мать – домохозяйка, брат – офицер. Кончила с медалью гимназию. Всю жизнь работала кассиршей. Если ей верить, то в магазине ею очень Дорожили, «не хотели отпускать на пенсию». Была замужем, но продолжала вести свободный образ жизни: много читала, ходила по театрам. Детей иметь не хотела. Овдовела, живет одна, не работает. Недавно обнаружили кисту подчелюстной железы – очень встревожилась из-за нее: не рак ли. Называет себя раздражительной: более всего раздражает шум – дорога за окном, детский сад по соседству.

Соседи в один голос называют ее «ужасной», «невообразимой» женщиной, «лишенной всего человеческого».

Ежедневно пьет, закладывает в ломбард вещи, приходит домой, качаясь, еле стоя на ногах. «Совершенно невозможным образом» ведет себя –. –в квартире: по незначительнейшим поводам злобно и цинично бранится, «толкается», встречая соседей в коридоре, нарочно задевает их, держится при этом с нескрываемой, вызывающей агрессией. «Выдумывает» поводы для ссор: так, если соседка на минуту оставит дверь открытой, выскакивает из своей комнаты и захлопывает чужую дверь так, что сыплется штукатурка, грязно ругается при этом – все потому, что боится сквозняков. Одинаково враждебна и к взрослым и к детям, «не видит разницы» между ними. Ее все избегают, найти с ней общий язык, просто завести с ней разговор, не представляется возможным. Не убирает мест общего пользования, нечистоплотна, но может учинить публичный скандал из-за того, что соседка «грязная». Неоднократно «разбиралась» в товарищеском суде, с прежнего места жительства была выселена принудительно.

Пожилая, крупного сложения, на верхней губе растительность. Одета старомодно, в изношенное. Глаза навыкате, глядят в упор, не отрываясь – взгляд недоверчивый, подозрительный, «дерзкий». Ответы свои «жует», словно не хочет расставаться с ними, пойти хоть в чем-то навстречу собеседнику. Постоянно осведомляется о цели визита врача, повторяет, что у нее нет желания с ним разговаривать. Обрывая разговор, зычно подзывает к себе соседского юношу, произносит нечто незначительное, но в грубо-повелительном, безапелляционном тоне, хлопает затем дверью «перед носом врача» (С).

Здесь диагностическая «стрелка» весов склоняется в сторону латентной шизофрении. На ее чашку ложится прежде всего параноидная мимика этой женщины: с неподвижным, напряженным, подозрительным, «неуправляемым» взглядом – и речь: производящая впечатление вздорной, нарочито бессодержательной, но по существу, видимо, дефектно измененная. Неясно, может ли она изъясняться иначе – никто в доме никогда не слышал этого (может быть, она лучше говорила за кассовым аппаратом, но там и разговор формальнее, «служебнее»). В пользу рано проявившейся латентной шизофрении говорит и образ жизни больной, предшествовавший нынешнему: богемно-эстетический, с нежеланием иметь детей, с нарастающим одиночеством; имела место, наверно, и болезненная мнительность и сверхценное отношение к здоровью: учитывая недавний эпизод канцерофобии (?).

Наконец, единственный в выборке параноик-графоман, которого мы, после некоторых колебаний, поместили в ту же группу.

Набл.39. Мужчина 55 лет, коренной москвич, русский. Отец – механик на швейной фабрике: «спокойный, выдержанный, немногословный». Мать – портниха, «вздорная, вспыльчивая, но наделенная оптимизмом»; с годами все больше ссорилась с соседями и домашними. Брат – «очень нервный», ушел из семьи, инженер. Сестра также «нервная», постоянно чем-то болеет, жалуется на слабость.

С детства очень подвижной, неусидчивый, увлекающийся. Лет с 12 рисует, ходил в изостудию. Несколько позже, лет в 20, увлекся литературной деятельностью, начал писать заметки и короткие назидательные рассказы в заводскую газету. Увлечения «раздваивались»: тянуло одновременно к спорту, мечтал о подвигах, спортивных достижениях; занимался последовательно теннисом, планеризмом, мотоциклом. Всегда был самолюбив и самонадеян, переоценивал свои способности. После школы и ОЗУ работал слесарем на заводе, здесь активно сотрудничал в многотиражке – то же продолжалось и на флоте, в 25–26 лет. В 28–29 участвовал в боевых действиях, был ранен в обе ноги, получил 3-ю группу инвалидности. С 1942 г. – член партии. После демобилизации работал в должности инженера (без высшего образования) в системе МИД, несколько раз был за границей; в последние годы – инженер в НИИ. Как и прежде, пишет и считает литературную деятельность основным делом своей жизни.

Жалуется на «плохие нервы» с возраста 43–44 лет: начал «сильно расстраиваться» из-за неприятностей – после них надолго портится настроение, чувствует в себе внутреннее напряжение, «несвободность», начинает «болеть сердце», не может ничем заниматься. Врачи находили «сердечный невроз». Связывает эти жалобы с «переутомлением»: ему приходится трудно с 18-летним сыном. Живет с ним вдвоем в последние 9 лет, история его брака и развода неизвестны.

Соседка, знающая его в течение 6 лет, сообщает, что он всегда был человек взбалмошный, холеричный, поспешный в решениях и поступках, все делал чересчур быстро, бросал начатое, затем кое-как, впопыхах доделывал. Неразборчив в еде: постоянно едят с сыном консервы; безразличен к тому, как одет он сам и его сын. Знакомых женщин нет. Все свободное время раньше сочинял роман, хвастался, что получит за него большие деньги, держался снисходительно, с превосходством – как должное принимал то, что соседка, жалея обоих, их обстирывала; молча бросал ей белье в ванну. Когда соседка однажды попросила помочь ей в ремонте, высокомерно отказался, сославшись на плохое зрение. На работе давно на плохом счету. Три года назад его «сократили», после чего не устраивался на новое место в течение 4 месяцев: судился со своим учреждением, обращался во все инстанции с письмами, в которых утверждал, что начальство в институте живет не по средствам, берет взятки, «строит дачи». В институте его, в результате, восстановили и даже оплатили перерыв в работе. Отношения с соседкой испортились после его отказа помочь ей, и она бы пошла на примирение, если бы он со своей стороны сделал такой же шаг, но он вовсе не хочет этого – напротив, находит удовольствие в том, что постоянно ее дразнит, хотя теперь должен делать все своими руками. Ведет себя совершенно неподобающим своему возрасту и положению образом. С утра, например, едва проснувшись, выходит на кухню, куда соседка прокралась тайком, чтоб до его прихода приготовить себе завтрак, скрещивает на груди руки и начинает нараспев декламировать – всякий раз одно и то же, что ему кажется очень удачным:

«Красотуля, кривонога!» – неизменно пугая ее этим. Когда соседка возвращается домой, кричит сыну, что к нему пришла «невеста». Поощряет сына вести себя с ней таким же образом – вообще ведет себя с ним несоответственно своему возрасту и отцовству: как с младшим братом.

В комнате не убрано; повсюду: на полу и на столе – валяются радиодетали, железный хлам, открытые консервные банки. Долговязый, худой, выглядит моложе своих лет, порывистый, неспокойный; глядит высокомерно; возбудим, раздражителен. Говорит запальчиво, в ускоренном темпе: о себе – хвастливо, об окружающих – пренебрежительно, о соседке – свысока и без злобы; приглашает врача посмеяться над ее глупостью. По всей очевидности, переоценивает свои литературные способности. Его повести на военные темы, если судить по его пересказу, банальны, но отказ напечатать их объясняет тем, что в них «правда, которую не любят». «Общественники» характеризуют его как в высшей степени склочного, конфликтного субъекта, его невозможно «переговорить» на разбирательствах в товарищеском суде, который уже не раз рассматривал отношения в квартире. Злостный неплательщик квартплаты (С).

Коротко о его сыне:

Набл.40. Юноша 18 лет. Всегда был вяловат, пассивен, малообщителен. В последние годы эти черты усилились, он ленится, плохо учится, чему способствует нездоровая домашняя обстановка. Время проводит с отцом не в каких-то определенных занятиях или играх, а – «так, что делают, непонятно», по словам соседки. В беседе столь же пассивен и неопределенен – от него было невозможно добиться каких-либо сведений. Видя мои затруднения, отец «заржал» и снисходительно посоветовал оставить сына в покое: «все равно ничего не добьетесь» (С).

Дифференциально-диагностические сомнения в отношении отца вызваны мозаичным характером его психопатии. Действительно, этот хронический гипоманиак и злостный неплательщик квартирной платы предстает перед нами то как законченный, неугомонный и непреклонный сутяга, то как непрактичный, вздорный, инфантильный и часто – дурашливый субъект, производящий впечатление «сниженного»: судя по деталям его поведения с соседкой и – что важнее – с сыном, с которым он не соблюдает родительской дистанции. Совокупность этих последних черт шизоидного и латентно-шизофренического ряда «перевешивает» прочие, что и склонило нас отнести это наблюдение к преимущественно шизофренному кругу патологии. Впечатление таково, что и здесь движущей силой психопатии является латентный шизофренический процесс, а кверулирующая эпилептоидия с изначально свойственной ей «моторностью», неуживчивостью, чрезмерной притязательностью утрируется латентной шизофренией, «карикатуризируется» ею. При ближайшем рассмотрении его сутяжничества оказывается, что предмет его далек от чисто материальных притязаний, обычно свойственных эпилептоидам: он добивается и практических выгод тоже, но центр тяжести его борьбы лежит в идеальной сфере. То, за что он воюет, меняется, объекты тяжб второстепенны, первична сама борьба, сохраняющая лишь самую общую мировоззренческую направленность и все более принимающая характер тотальной и «принципиальной» оппозиции обществу. Он одинок в своей борьбе (что также нехарактерно для сутяг-эпилептоидов, ищущих и находящих себе сторонников): единственный его союзник – сын, но и он нужен ему более как зритель, нежели единомышленник и соучастник в склоке.

О сыне говорить с определенностью трудно, но его вялость, безликость, аморфность, пассивность, молчаливость – также подозрительны на присутствие здесь скрытого шизофренического начала.

В) Осложненная шизоидия

Ниже описаны случаи шизоидии, в которых не выявлялось «дефектных» черт психики: в виде характерных изъянов речи, мышления, моторики и мимики и т. д. – но имели место аффективные, неврозоподобные или паранойяльные синдромы, как бы осложняющие исходную шизоидную характеропатию, которая сама по себе выглядела стационарной или только усиливалась или ослабевала при присоединении привходящей патологии. Наиболее частыми из таких «позитивных» «аддитивных» расстройств в таких ассоциациях были хронические субдепрессии. Шизоидия, до того «компенсированная», «благополучная» – с их присоединением делалась рельефнее, «колючее», хотя явных дефицитарных черт по-прежнему не обнаруживала. Такая стабильность фоновой шизоидии была в особенности характерна для хронических субдепрессий пожилого возраста – те же состояния в молодости были, кажется, чаще «чреваты дефектом». Подобные инволюционно-ювенильные пары родителей-детей: с утяжелением симптоматики во втором поколении – наблюдались в нескольких семьях выборки. (Впрочем, какими были родители в молодости, сказать не всегда просто: может быть, некогда и они производили впечатление «процессуально-дефектных», но с течением времени «выправлялись», трансформировались в «рядовые шизоиды», ясно и четко мыслящие и столь же рационально действующие.)

Отец – дочь:

Набл.41. Мужчина 52 лет. Родители – евреи из Харькова. Отец – старый член партии, банковский служащий, уравновешенный оптимист; сейчас ему 80 лет, он хорошо себя чувствует. Мать спокойная, с налетом флегматичности, «не приспособленная к практической жизни»; была замкнутым человеком; умерла в 61 год от инфаркта миокарда.

Рос единственным ребенком в семье, был довольно скрытным и стеснительным, всегда трудно сходился со сверстниками. В юношеские годы тяготился этим, был недоволен собой – в последующем эта неудовлетворенность прошла, стал относиться к своим недостаткам спокойнее и снисходительнее, сосредоточился на занятиях в институте, затем – работе. Кончил 7-летку, ФЗУ, работал на заводе, поступил после рабфака в институт. В войну был на фронте, по окончании ее закончил вуз, работал

инженером-конструктором. В 34 года женился. В 43 – защитил кандидатскую диссертацию, перешел в научно-исследовательский институт. Работал всегда увлеченно, забывая все остальное: труд – его любимое занятие и состояние. Всегда интересовали точные науки и ясные формулы – и сейчас более всего любит расчетную сторону проектов, их цифровое решение. Педантичен в работе, требователен к мелочам – диссертация далась поэтому трудно, увязала в подробностях. Живет с женой и дочерью. В домашних условиях немногословен, постоянно собран, «не расслабляется»: и здесь нацелен на работу, о ней думает «в первую очередь», а семье, по словам жены, только «уделяет внимание». В обществе чувствует себя теперь уверенно, остроумен, часто язвителен, но ходить в гости не любит, предпочитает, чтобы приходили к нему. Помогает жене в ведении хозяйства, убирает комнаты. Всегда был недоволен «дезорганизованностью» дочери, делал ей на этот счет внушения: раньше – полушутя, в последнее время – колко, отчего отношения с ней давно испортились.

В последние 2 года чувствует себя хуже, что сам связывает с переходом на новое, преподавательское, место и необходимостью доучиваться. Утомляется, раздражителен, часто в «дурном» настроении, необычно для себя сонлив. Утратил половое влечение, страдает слабостью эрекции. Недоволен женой, прозрачно намекающей ему на необходимость соответствующего лечения. В отношениях с ней также возникли напряженность, натянутость – она все больше раздражает его. С дочерью – открытые конфликты: требует от нее, чтобы она больше успевала делать, была «самостоятельной», отчитывает за «разбросанность», неряшливость, повторяет эти выговоры, несмотря на их явную недейственность. Упадок настроения ощущает иногда телесно, в виде неопределенной тоскливости – тогда в особенности тянет к уединению: чтоб никого рядом не было.

Медлительный, производит впечатление уставшего, утомленного. Крупный, рослый, большеголовый. Держится поначалу с «вызовом», неприветливо. Долго изучал бумаги врача, прежде чем согласился его принять, – только после этого предложил сесть. Отвечает лаконично, веско, но лишь тогда, когда считает это нужным; раздражается, когда жена вмешивается в разговор (С).

Характеропатия отца до последнего времени и за исключением, может быть, юношеского периода была близка к благополучной шизотимии с чертами психической ригидности. На фоне хронически сниженного настроения двух последних лет она «обросла шизоидными шипами»: до того благопристойный и благонамеренный отец семейства, он все более отдаляется от него, становится нетерпим и раздражителен в отношениях с близкими. Он и прежде жил npej имущественно работой, а дома «тянул лямку», но теперь делает это со скрытой враждебностью к домашним, отчего семейный «пасьянс» грозит распасться. Черт «дефекта» как такового: в речи, мышлении, моторике, общении с людьми и т-Д- у этого человека нет, но имеются характерные для сохранных шизоидов особенности, которые произрастают, видимо, из того же корня, что дефектно-шизофренические, хотя и выглядят порой прямой их противоположностью. Его речь отличается лаконичностью, «язвительностью», «репризностью» суждений (репризами в театре называют, как известно, неожиданные и остроумные реплики в ответ на речи других персонажей); мышление грешит не всегда уместной, часто излишней и «утомительной» ясностью и точностью определений; моторика – сдержанностью, скупостью, ограниченностью выразительных средств; эмоциональные связи – придирчивой избирательностью: как в выборе знакомств, так и времени и обстоятельств общения, которое «дозируется», соотносится с «удобными для этого» временем и условиями, подчиняется известной максиме о том, что «делу время, а потехе час», что становится в таких случаях не правилом поведения, а как бы чертой характера.

(Следует попутно заметить, что депрессия здесь, несмотря на стертость, имеет явно эндогенные черты и сопровождается, в частности, сонливостью – она подлежит лечению антидепрессантами наравне с большими депрессиями.)

Набл.42. Девушка 19 лет, дочь описанного выше. Матери 46 лет, она русская; энергичная, работоспособная выше среднего, суховатая. В детстве у нее были обмороки, в молодости – явления «сердечного невроза» с сердцебиениями и неприятными ощущениями в груди. Беспокоили также летучие суставные боли, но какой-то определенной болезни терапевты не находили. В разговоре она немногословна, предоставляет говорить мужу, лишь изредка роняет замечания, продолжая заниматься хозяйством. В квартире прибрано, чисто, «все лежит на месте», следит за этим одна она: дочь – «неряха», муж «делает только то, что скажут».

Девочка в детстве была флегматична на вид, «упряма», инертна, медленно привыкала к новой обстановке. До 5-го класса училась на «отлично», затем с каждым годом все хуже, что сама объясняет «ленью» и постоянным желанием делать не то, что задают, а что хочется: читала дополнительную литературу в ущерб урокам, занималась в литературном кружке. В старших классах характеризовалась «способной, но неорганизованной». Приходя с занятий, ложилась читать, никогда не убирала за собой, была безразлична к тому, как выглядит. В эти же годы стала «спорщицей», «скептиком», в ней «засел дух противоречия». На уроке литературы с высокомерным видом повздорила с преподавателем по поводу обсуждаемого произведения; помнит, что после двойки за сочинение испытала «дикую злобу» на этого учителя. Систематически пререкалась с родителями, особенно часто – с отцом, который не оставлял попыток «перевоспитать» ее, была с ним холодна, часто – враждебна.

В 16 лет, в десятом классе, в течение нескольких месяцев были страхи. Когда оставалась одна, появлялось чувство, что дома кто-то есть, «проверяла и перепроверяла» комнаты, заглядывала даже в шкафы, запиралась у себя на ключ. Уходя из дома, по нескольку раз проверяла, закрыта ли дверь. Эти явления то в большей, то в меньшей степени повторялись и в течение следующего года, когда училась на первом курсе института. Была в

это время особенно раздражительна, «взвинчена», сильно уставала – что сама объясняет переутомлением в течение первого года учебы. В последние полгода – спокойнее и как-то безразличнее: одно время была сильная неудовлетворенность институтом, затем «перестала об этом думать». Посещает компанию, членов которой, по ее же словам, объединяет то, что они «ни во что не ставят родителей». Приглашает их к себе, не считаясь с желаниями отца и матери. «Принципиально» ничего не делает по хозяйству: недавно, например, привела в дом собаку, развлекаясь, проводит с ней много времени, но выгуливает ее та же мать.

Неоднократно назначала врачу по телефону день встречи, но дома ее в это время не оказывалось – застал ее случайно. Первая реакция на приход врача неприветливая: держалась свысока, продолжала «играть» с собакой, то есть как-то механически и неловко, с особого рода «порочным» удовольствием на лице «мяла» ее; потом, не оставляя этого занятия, начала рассказывать о себе – с неожиданной откровенностью и открытостью. Речь загромождена вводными фразами, словечками-паразитами («не могу так сказать», «трудно сказать», «в принципе», «по идее») – в такой степени, что бывает трудно понять, что она имеет в виду и что хочет сообщить; между тем стремится к максимальной точности выражений. Называет себя «флегматичной»: черта эта заключается в том, что она не любит живых проявлений восторга ни по какому поводу. О своих знакомых говорит довольно безразлично, о родителях – холодно, отдельно об отце – со скрытной, но заметной враждебностью. Говорит, что настроение ее изменчиво: то безысходная «хандра», то напротив – приподнятость, когда хочется сделать что-нибудь из ряда вон выходящее: например сдать сессию среди семестра – строит в воображении такие планы и картины их выполнения, затем тут же о них забывает, как если бы всерьез о них не думала. Движения ее неловкие, неравномерные: то замирают, то порывисты, стремительны – они постоянно останавливают на себе врачебное внимание (С).

Девушку, по отчетливости подспудного течения процесса и по наличию дефектоподобной симптоматики, можно отнести и к латентной шизофрении: основания для этого изложены в истории ее случая, и мы не будем здесь повторяться. У нее имеются даже симптомы редуцированного параноидного ряда: страхи, ощущения присутствия постороннего в квартире – и по этому критерию ее можно причислить и к вялотекущим шизофреническим случаям, но мы не станем делать и этого (возможно, в силу свойственного и нам тоже оппозиционизма, который, за неимением других объектов, поворачивается против себя же). Классификация вообще не самое интересное в психиатрии – в данном семейном случае действительно примечательно то, что здесь можно проследить развитие и становление некоторых характерных для этого круга патологии расстройств речи и мышления. Свойственные и никогда не изменяющие отцу резонность, ясность и весомость суждений, его врожденная любовь к математическим формулам у дочери, в результате большей разлаженности мыслительного процесса, оборачиваются «погоней за собственной тенью», за вечно ускользающей точностью фраз и формулировок, за истиной в ее последней инстанции и редакции. Речевой процесс при этом совершается не плавно, не непрерывно, а с перебоями и лакунами, заполняемыми словами-связками, словами-паразитами, лишенными смысловой и аффективной нагрузки, служащими своего рода «знаками шизофренического препинания». Здесь нет еще резонерского «окологоворения» или «мимоговорения», некорригируемой приблизительности монолога и необычного словоупотребления, свойственных носителям более явного шизофренического задатка (речь которых никогда не попадает в цель, но всегда – «в молоко», рядом с мишенью, всегда хоть чуть, но «невпопад», и они не замечают этого); речевые расстройства ее уровня осознаются говорящим, а попытки исправить их носят почти навязчивый характер – и никогда полностью не удаваясь. Разлад речи, ее «путаность», умозрительность и «книжность» здесь очевидны и согласуются со снижением успеваемости, трудностями сосредоточения, отсутствием волевой собранности и целенаправленности (она как бы дрейфует в море разговорной речи, с трудом ловит ветер в парус и все время теряет курс движения).

(Заметим попутно и в скобках, что мы описали уже 10 % выборки.) Другая пара – мать – дочь – отчасти схожая с предыдущей.

Набл.43. Женщина 59 лет, русская. Отец пьющий. Сестра «работящая, семейственная», помогала брату, своей семьи не имела. О себе самой говорит, что была в детстве спокойной, серьезной, влиятельной среди подруг, мечтала об учебе. Из-за домашних обстоятельств рано пошла работать, но мечты об образовании не оставила, «не торопилась» поэтому выйти замуж, отвергала выгодные брачные предложения, которые делались будто бы одно за другим. Собственные ее увлечения молодыми людьми были не– _ – продолжительны: много работала, «не вылезала из общественных нагрузок». Кончила курсы бухгалтеров и, если бы не война, непременно бы поступила в институт, хотя и без того занимала должность управляющего банком на периферии. В 39 лет вышла замуж за человека старше ее на 12 лет, латыша, шизотима по характеру (набл.104). Переехала в Москву, родила в 42 года дочь. В столице была рядовым бухгалтером, но по-прежнему вела общественную и партийную работу. С 55 лет на пенсии. В последние два года муж страдает сенильно-атеросклеротическим слабоумием. Постоянно сосредоточена на изменившейся ситуации в семье, более всего боится, что дочь не сможет учиться в дневном институте, как всегда предполагалось. Старается не выдавать своих чувств в присутствии дочери, но все время удручена, неотвязно думает об одном и том же.

Выглядит депрессивной: глаза покрасневшие, с темным ободком вокруг орбит. Взгляд недоверчивый – хотя ведет себя с врачом, соблюдая все приличия. Не вполне доступна и откровенна в беседе: уверяет, что у нее хорошее настроение – затем скупо, намеками, с оглядкой на больного и безразличного к разговору мужа, и лишь в отсутствие дочери дает понять, что ее тревожит, – сообщает это как большую тайну (С).

Эту депрессию можно было бы расценивать как психогенную, и для этого есть веские основания, но несомненна и эндогенная составляющая состояния: «глаза с ободком», малая доступность, молчаливость. Преморбид – шизотимный: с изначально-сверхценным отношением к учебе, которое переносится затем на дочь; со слабостью полового влечения, рациональностью и пр… В статусе характерна скупость и «уклончивость» речи, ничем не мотивированная, «иррациональная», «природная» недоверчивость по отношению к пришельцу-доктору. История ее жизни между тем не обнаруживает шизоидной «особости»: ее жизненные планы, притязания и установки заурядны, умеренны; она исполнительна, пунктуальна, следует своему долгу и в этом отношении близка к лицам с так называемой ригидной психопатией (являющейся, по-видимому, обесцвеченным, «снятым» вариантом эпилепто-шизотимии): ее шизотимия, иначе говоря, утратила в процессе «размывания», «обесцвечивания» «инакость», но сохранила аутистичность, особенно заметную в депрессии. Дочь как шизоид грубее.

Набл.44. Девушка 17 лет, дочь предыдущей. Развивалась быстрее сверстниц: в три года ей по развитию давали «все пять». Была спокойна, «нешумна»; взрослые любили ее, выделяли среди прочих во дворе, подзывали, чтоб поговорить с ней: она рассуждала как взрослая. В школе – «скромница», правдивая, старательная. В старших классах начала учиться средне, хотя больше прежнего готовилась к урокам. Сделалась в эти годы особенно стеснительна, домоседлива, стало меньше подруг, полюбила музыку, часто ее слушает. Нетребовательна в отношении одежды, довольствуется школьным платьем. Хочет учиться «на врача или портниху»: «что получится».

В первый визит врача встретила его с испугом, граничащим с паникой: разговаривала через порог, с видимым усилием над собой; сказала, чтобы врач пришел, когда будут родители; захлопнула дверь, не дав спросить, когда это будет (отец в это время был дома. При родителях держится столь же скованно, напряженно и беспомощно, сама мучительно тяготится этим, отчаивается, краснеет, хмурится, озлобляется. Отвечает коротко, нарочито формально, при попытках как-то смягчить и расположить ее к себе ожесточается: «Я же вам все уже сказала!» Физически сложена правильно, женственна, с «классическими» чертами лица, с чистой и нежной кожей (С).

В психическом статусе в этом случае на первом плане – особенная, утрированная стеснительность, психастения, из которой «лезут» острые шизоидные шипы: с безразличием к своей классической внешности, непритязательностью в одежде, нарочитой формальностью и бессодержательностью общения – пускай с незнакомым человеком, но все-таки… (Я решил вначале, что дочь, вслед за матерью, страдает из-за изменившейся семейной ситуации и краха прежних надежд и планов, но, насколько мне удалось потом выяснить, она уже два года такова: безучастно ходит в школу, делает уроки, выглядит терпеливой, пассивной, чуть отрешенной, а депрессия как таковая, как тоскливое переживание, выявляется, видимо, лишь в особых провоцирующих обстоятельствах – вроде моего неожиданного вторжения.)

В этом случае обследователя ввела в заблуждение внешность этой девушки. Могу сказать в свое оправдание, что классики прошлого века тоже терялись, когда находили признаки психического «вырождения» лишенными соответственного физического аккомпанемента, и отмечали эти случаи как из ряда вон выходящие. Такое несоответствие имеет, по-видимому, временный характер: психическая болезнь, даже латентная и подспудная, оставляет в конце концов на лице своих носителей неизгладимую физическую «печать»: психическая болезнь, как известно, является не только энцефалозом с мозговой психической симптоматикой, но и соматозом, имеющим эндокринное, трофическое и пр. телесное выражение. Кожные покровы, поскольку они закладываются в одном зародышевом ростке с мозгом, страдают в первую очередь – поэтому бархатная, с нежным румянцем, хорошо питаемая кожа едва ли не исключает наличие наследственного психического страдания (см. об этом, например, у В. Маньяна или Т. Клаустона), но и в этом, вообще верном, правиле есть, видимо, свои исключения, во всяком случае – временные.)

Еще три случая хронической субдепрессии при шизоидии: подростка, молодого человека и старика – на этот раз из разных семей и различных по своей клинике. Впрочем, следующий случай тоже можно показывать в родственной паре.

Набл.45. Мальчик 14 лет. Отец отнесен к группе шизоидов: украинец, служащий; характер его тяжелый, скрытный, придирчивый; в последнее время он вечно чем-то недоволен: удручен здоровьем (у него радикулит и варикоз вен), домашними и служебными неурядицами, состоянием сына, которого он все время «учит» и поправляет. Мать – татарка; она суховато и чересчур объективно, нелицеприятно говорит о сыне, в остальном же как будто бы «ничем не примечательна».

Мальчик в детстве развивался правильно. Характеризуется с малых лет впечатлительным, обидчивым, «слишком честным» и доверчивым: «с ним нельзя было пошутить, все воспринимал всерьез». Делился всеми новостями с родителями. Рано приохотился к чтению, читал запоем, посещал библиотеки: «ни одного книжного киоска не пропустит». Учился средне, плохо давался иностранный язык; терялся, когда вызывали к доске, краснел при ответах, забывал что знал; однажды заплакал, оттого что учительница стала за его спиной во время диктанта, – не мог писать из-за этого. Мать называет его «ленивым и бесхарактерным», считает, что лень – причина его неуспеваемости. Всегда был вяловат, очень не любил уроков физкультуры. Бывали обмороки от вида крови.

Состояние его начало беспокоить родителей (мать – главным образом) в последние полтора года. Началось все будто бы с того, что он, подчиняясь отцу, рассказал учителям о каком-то серьезном проступке

одноклассника. После этого школьники, которые и прежде относились к нему с предубеждением и, переиначивая его имя, называли «рахитом», теперь устроили ему форменную обструкцию, начали его преследовать: исподтишка били, толкали, устраивали «пятый угол», изгоняли из своего общества. В последнее время он стал «давать сдачи», но делает это неосмотрительно, взрывчато – так что учителя, тоже не благоволящие ему, говорят, что он «всех задирает и напрасно потом жалуется». Стал теперь все свободное время проводить дома, его «не выгонишь на улицу». В домашних условиях по-прежнему податлив и послушен, много читает, но появилась новая черта: по-детски дурачится, когда у него хорошее настроение. Из школы возвращается неизменно подавленный и обстоятельно жалуется на одноклассников. Недавно сказал, что у него изо рта идет дурной запах и с ним не хотят сидеть девочки, – стал после этого по нескольку раз в день чистить зубы. Дружит теперь близко только с двоюродным братом и для встреч с ним едет на другой конец города.

Внешне как-то утрированно, преувеличенно стеснителен: словно старается понравиться этим доктору. Охотно между тем вступает в разговор, рассказывает о себе чересчур откровенно и прямодушно, подробно описывает свои отношения с одноклассниками, унижения, которым подвергается в школе. Чернит школьных товарищей, особенно возмущается «двуличием» тех, кто наедине с ним ведет себя дружественным образом, но, когда присоединяется компания или просто – третье лицо, переходит на сторону его врагов, начинает относиться к нему с насмешкой (С).

Предположение о мягком, субклиническом шизофреническом процессе основывается здесь на длительной субдепрессии, «обрастающей» стертыми дисморфофобическими идеями и идеями отношения, с тотальной оппозицией окружающим, появлением черт дурашливости, которая, при внешней невинности, не зря так беспокоит его близких. Наблюдается задержка эмоционального развития и регресс в поведении: как бы нарочитая детскость, неспособность установить соответствующие возрасту связи со сверстниками, сохранение инфантильных отношений с родителями.

Не вполне характерно для шизоидии воинствующее кверулянтство: мальчик систематически жалуется на одноклассников, чернит их, становится «преследуемым преследователем». Возможно, эта атипия коррелирует с обнаруживающимся у него эпилептическим началом в психике, косвенным свидетельством которого являются обмороки от вида крови и феномен утрированно-показного, «лицемерного», «разыгранного», «актерского» поведения. Как это бывает в «смешанных» эпилептоидно-шизоидных случаях, здесь нет черт дефекта в речи, мышлении, двигательной сфере, обычных для латентной шизофрении: говорит он бегло, гладко, обстоятельно, его моторика жива, «демонстративна», «театрально-выразительна», свойственна, сама по себе, скорее «истерии», чем шизоидии.

В следующем наблюдении депрессия у личности шизотимного склада сопровождается сверхценными идеями, неудовлетворенностью собой и своим положением в мире, эпизодами острой, физически ощущаемой тоски и безысходности, утратой смысла жизни, постоянной «задумчивой» меланхоличностью.

Набл.46. Мужчина 23 лет. У бабки по матери и у самой матери – ранние инсульты. Отец – энергичный, общительный, но, по оценке сына, «неискренний». Сам обследуемый в детстве был послушным ребенком, играл с детьми в общие игры, но не менее этого любил и посидеть дома, постолярничать. Учился средне. По совету отца пошел в военное училище, был отчислен оттуда в связи с «плохими легкими»; в последующем по поводу легких не лечился – об этом говорит вообще неохотно. Поступил в вечерний институт, работает техником, в 20 лет женился. Жена описывает его домоседом: «семейственный», может обходиться без друзей: к приятелям его не тянет, хотя он со всеми в хороших отношениях и в группе его выбрали старостой. Более серьезен, чем его сверстники, охотно рассуждает с отцом на нравственные и политические темы, вообще живет «сознательно». В компаниях, хотя поет и танцует наравне с другими, но все – «как-то небеззаботно». По-прежнему находится под влиянием отца: по его совету сменил уже три места работы, ищет лучших условий. Помогает жене в простых делах, но к «мужской» работе «не приспособлен». В последние 2–3 года стал раздражителен. Вначале это выглядело как переутомление и следствие учебы в институте, в последнее же время «сосредоточился» на том, что не может больше жить с родителями жены: ни о чем другом не говорит, убеждает жену, что нельзя жить дальше по-прежнему, хотя в обоснование этому не приводит какие-либо факты или обстоятельства, а повторяет одно и то же – безысходные фразы, звучащие почти как заклинания, так что непонятно, что ему, в конце концов, нужно, так как внешне отношения в семье вполне благополучные. Иногда прямо жалуется на тяжелое настроение: «душа тянет», «что-то должно случиться».

На вид подавлен, лицо малоподвижное. Сдержан, но вполне доступен в беседе, ищет помощи. Жалуется на наступающую временами и сильно беспокоящую его тоскливость: чувствует тревогу, «в голову лезут» назойливые мысли – прежде всего о том, что не может жить с родителями жены: решил уйти из семьи и беспокоит в связи с этим будущее жены и ребенка. Родителей жены ни в чем не упрекает, они ни в чем не виноваты, но у него «и своей картошки нет, чтоб, когда захотел, тогда почистил». Считает, что с годами меняется: стал более «выдержанным», раньше бы вспылил, повысил голос, отстоял свое мнение – теперь же молчит «как воды в рот набрал». Согласился принимать элениум, но в последующем передал через жену, что лекарств пить не будет и, «если ему будет нужно», сам разыщет доктора (С).

В данном случае преобладает аффективная патология, которую можно оценить и как циркулярную, но настораживает «роковой» и «несообщительный» характер идей о невозможности совместного проживания с родителями жены: они рождаются «из ничего», как Афина из головы Зевса, и в «ничто» и уходят – иррационально понятны только ему самому и не подлежат передаче и объяснению окружающим. Он между тем

принял решение уйти из дома и озабочен в связи с этим судьбой близких: тоже своего рода бред без бреда или «сверхценный бред» – по возможным житейским последствиям. Его размышления на этот счет подобны «умственной жвачке», во внешней же речи появились, по его собственному наблюдению, задержки в ответах и суждениях: нет естественных, спонтанных речевых откликов и волеизъявлений, какие были свойственны ему прежде.

(Заметим, что по интенсивности проявлений и это страдание можно оценить не только как «латентное», но и как стерто-процессуальное и спорить далее о том, отнести ли его к атипичной тревожной циклотимии у шизоида или неврозоподобной шизофрении, но альтернатива эта, позволим себе повториться, если не ложна, то схематична: градации подобных состояний в населении настолько постепенны, что различия между вариантами, соседствующими в едином континууме, носят скорее «количественный», чем «качественный» характер. По словам С. Н. Давиденкова: «Природа не знает скачков, но ее исследователи количественно изменяющийся признак искусственно превращают в альтернативный».)

Наконец, случай очень пожилого человека, врача. Шизоидия здесь еще более «разведена», «разбавлена» – это шизотимия в одной из благородных ее версий.

(Кажется, все лица творческих профессий в нашей выборке отнесены к Шизоидам или шизотимам. Очень многие из них в домашней жизни (мы занимались преимущественно этой стороной человеческого существования) являлись своего рода «постояльцами», «транзитными пассажирами», аккуратно платившими за постой или, иной раз, норовившими «прокатиться зайцем». У тех и других в качестве алиби и «смягчающего вину обстоятельства» было «дело жизни», связанное с некой гуманитарной, культуртрегерской, реже – политической и общественной деятельностью: последняя – удел, скорее, тех, кого предпочтительней называть шизоэпилептоидами).

Набл.47. Мужчина 73 лет. Из евреев Житомирской области. Отец – мелкий лавочник, сверх меры набожный, плохой торговец; любил семью, но она влачила жалкое существование. Мать – просвещенная, «развитая», интересующаяся политикой, в быту – суетливая, вечно чем-то озабоченная, непрактичная. Сестра – профессиональная революционерка.

В детстве «озорник» (по его собственной нынешней оценке), возглавлял мальчишек на улице. Увлекался приключенческой литературой, организовывал игры по сюжетам прочитанных книг. В 12–13 лет переменился: стал «вдумчивее», сентиментальнее, мечтательнее, помнит, что очень любил наблюдать за восходом солнца. В 13 лет влюбился, писал стихи некой девушке, пока та не уехала из его города. В 13–14 лет «увлекся политикой», принял участие в работе кружка, который вела на дому сестра; «в 15 – прочел Эрфуртскую программу». Кончил 4 класса городского училища и сдал экстерном гимназический курс; подрабатывал уроками. Поступил в Киевский университет – вначале на естественно-научный, затем на медицинский факультет: медицина всегда привлекала его своей гуманностью, идеей оказания людям помощи. В годы революции учебу оставил, занялся активной политической деятельностью, был в подполье, выполнял опасные поручения. После окончания гражданской войны на ответственных постах в партии (член Московского комитета). Был энергичен, отличался организаторскими способностями. В 27–28 лет перестал, однако, удовлетворяться этой деятельностью («надоели разговоры»), почувствовал, что не может приспособиться к изменившимся отношениям в партийном аппарате. Вернулся в медвуз и в 31 год его кончил, женился на сокурснице. Половая жизнь с 22 лет: увлекался женщинами, но ненадолго. Образ жизни после женитьбы изменился мало: уехал один, без жены, главным врачом в санаторий в другом городе, много разъезжал по командировкам, работал одновременно в нескольких партийных комиссиях. Вернувшись в Москву, стал вести более оседлый образ жизни. В 1938 г. был арестован, находился в течение года в заключении, затем был освобожден. После случившегося целиком сосредоточился на научной работе, решил держаться подальше от власти, «не понимал, что происходит наверху». В течение 20 лет был физиотерапевтом в одной из ведущих московских клиник, защитил кандидатскую и подготовил докторскую диссертации. Продолжал заниматься общественной работой, но уже только в рамках своего учреждения. Отличался в работе основательностью и пунктуальностью – сторонник немецкой медицинской школы. Других к работе не понуждал, все при необходимости делал сам, старался ни от кого не зависеть. Наблюдая за окружающим, видел много отрицательных явлений: карьеризм, «выдвиженчество» – не осуждал их вслух, но сам жил, «как считал правильным»; был несколько обособленным и сосредоточенным на работе «идеалистом». В семье выполнял свою долю домашних нагрузок, но первой роли никогда не играл; был уступчив, нетребователен, лоялен в отношении близких: видел их недостатки, но задевал их редко и в осторожной форме.

В 63 года – динамическое нарушение мозгового кровообращения: с головными болями, головокружениями, потемнением в глазах. В последующем подобные состояния на фоне повышенного кровяного давления стали повторяться; в последние 8 лет на пенсии. Все эти годы ведет себя несообразно своим физическим возможностям: «весь день на ногах», «бегает по больным знакомым», лечит их, принципиально не берет за визиты денег. Несет и общественные «нагрузки»: член районной комиссии народного контроля, ревизует больницы на общественных началах. Постоянно читает медицинскую литературу. Хотя уступил врачам, запретившим ему напряженные умственные занятия, и отказался от докторской диссертации, тяготится тем, что не закончил ее, не допускает мысли, что она могла устареть за это время. До сих пор помогает деньгами брату и сестре, потому что их пенсия (как в свое время зарплата) меньше, чем у него; считает такую помощь естественным семейным долгом. Посещает их для того, чтобы передать деньги, но обставляет свой приход

каждый раз так, будто наносит обычный родственный визит. В последние год-два перестает справляться с возложенными им на себя обязанностями: устает, не успевает сделать намеченного, плохо себя чувствует, но не может отказать ни одному из знакомых. Соглашается с женой, когда та говорит ему, что нужно отдыхать, но после первого звонка немедленно собирается и едет – иногда нарушая предписанный ему самому строгий постельный режим. У него диагностируют гипертоническую болезнь, мозговой и сердечный атеросклероз; часто – «плохая» ЭКГ.

Во время визита лежит после гипертонического криза. Седой, медлительный, с «исполненной благородства» позой и осанкой, с таким же мало меняющимся выражением лица. О себе и своей семье говорит объективно, на повествовательной ноте, с откровенностью, граничащей с бесстрастностью и позицией стороннего наблюдателя. Удручен своим состоянием, спрашивает совета у обследователя – делает это не как врач, а как рядовой больной. Согласен с тем, что ведет себя рискованно, без учета собственного здоровья, но тут же спрашивает у врача, можно ли ему заняться диссертацией; как бы оправдываясь, жалуется на то, что она, незаконченная, тяготит его. (В – по церебральному атеросклерозу.)

В этом случае шизоидия, на первый взгляд, вовсе лишена враждебного противостояния обществу и выражается лишь в определенном осторожном дистанцировании от него: он в этом отношении больше похож на тех, кого принято называть ригидными психопатами. Подобно ригидным личностям, ему присущи черты пунктуальности, педантического следования долгу и повседневным обязанностям, подчеркнутая благопристойность в облике и поведении. Но для ригидных субъектов, скованных в своих проявлениях конформностью, приличиями, узко понимаемыми общественными нормами, нехарактерна революционная деятельность – это обычно удел иных, более отчаянных личностей, движимых властными влечениями и овладевающими представлениями. Патология эта проглядывает и в нашем докторе, несмотря на его сугубую положительность и благонамеренность – он не зря назвал себя озорником: слово это имеет, как известно, целый веер значений – от невинного до грубо-ругательного.

Все революционеры, по-видимому, шизоэпилептоиды: для революции одной шизоидии или эпилептоидии недостаточно – обе патологии являются ее источниками и составными частями (пользуясь формулировками другого известного классика). Попробуем выделить шизоидное ядро этой личности. Боюсь, что в результате такой «психиатрической диссекции» гуманизм этого человека, его врачебная активность в настоящем, равно как и революционная – в прошлом, обнаружат в своем «ядре» некий общий для шизоидов дефект общения. Возможно, наш доктор по природе своей не слишком нуждается в живом человеческом общении, в бездумном совместном времяпрепровождении, не способен к нему и предпочитает держаться от людей на расстоянии – в роли их спасителя, благодетеля, помощника, врачевателя. В этих покровительственных ролях и масках как бы растворяются и скрываются от других собственные душевные изъяны: некая бесчувственная «константа поведения», негибкость, неспособность к беспечному, «инстинктивному», непосредственному сожительству с людьми, к «броуновскому движению» человеческого муравейника. Благодетельствуя, он возмещает тем «недостатки» собственной инстинктивной сферы, именуемой в просторечии душою, компенсирует ее неполноту, находит эрзац, бледную замену простому, но недоступному ему сожительству с людьми: естественному, живому, не нуждающемуся в предметном и символическом опосредовании. Известно, что коммуникативный дефект шизоидов приводит к замещению, подмене естественных отношений между людьми формализованными, искусственными, схематическими – отсюда и денежные подачки, и партийные собрания из недавнего прошлого и многое другое. Революция для таких лиц – это, с одной стороны, продолжение подростковых игр по сюжетам прочитанных книг, с другой – глобальное замещение живых человеческих связей единой универсальной схемой, обнимающей весь мир, подчиняющей его своей одномерной логике, исключающей случайности, стихийность – все, что чревато неожиданностями и способно нарушить покой все более схематизирующейся и отстраняющейся от реальности шизоидной психики.

Конец жизни в таких случаях грустен. Он и у других невесел, но иначе, не столь безутешным образом. Такой шизоид (шизоэпилептоид) не в состоянии отказаться от устремлений юности, от некогда принятой им на веру и к руководству «программы жизни и деятельности». Пока есть время, осуществление далеко идущих замыслов «держится в уме», как бы откладывается на будущее, но жизнь идет к концу, а диссертация не защищена, книга не написана, человечество по-прежнему пребывает в неведении, остается где-то в стороне от тебя, от твоих грандиозных планов, живет по своему жалкому и слепому усмотрению – есть от чего прийти в отчаяние и наложить на себя руки. (По свидетельству очевидцев, Конфуций перед смертью плакал и причитал, говоря: «Кто после меня возьмет на себя труд продолжить мое учение?») Недаром бесшабашные поездки этого донкихотствующего доктора носят столь самоубийственный характер: суицидальные тенденции проявляются иногда самым необычным и внешне благополучным образом. Дело, конечно, не в том, что недоделанное и несовершенное давит на такого «идеалиста» невидимым грузом или держит его мертвой хваткой: это не более чем метафоры, но в том, что депрессия пожилого возраста возвращает психику к ее юношеским корням, болезненно оживляет идеи, казалось бы, давно ушедшие в небытие, обнажает «заветные скрижали» юношеского сдвига, никогда не стирающиеся из сознания шизоидов окончательно. Иными словами, наш доктор кончает жизнь столь же отчаянно, как ее и начал, – он и в самом деле «озорник» и от психиатрической судьбы не убережешься.

Далее два случая пьяниц-шизоидов среднего возраста со столь же длительной, «немой», «неосознаваемой», но оттого не менее реальной субдепрессией.

Набл.48. Мужчина 36 лет, русский, из Московской области. Отец – рабочий, погиб в войну, не помнит его. Матери 70 лет, трудолюбивая, уравновешенная, «не очень общительная». Сестре 40 лет, она инженер, сильно расстраивается в последнее время из-за пьянства мужа. Брат умер в 29 лет от рака, был офицер флота, выдержанный, целеустремленный.

Затрудняется в определении своего характера. Мало выделялся среди сверстников, «увлекался всем понемногу». Кончил 9 классов, работал слесарем, после армии – механиком в авиации, работа ему нравилась. В 24 года женился, родилась дочь. Через 2 года развелся. О причинах развода говорит как-то чересчур обтекаемо: «не хочу никого винить», «оба виноваты». Будто бы ездил в частые командировки, изменял жене, она отвечала ему тем же (?). Живет после развода один, периодически – с приходящими к нему женщинами, но они подолгу не задерживаются: недавно два месяца жила одна много старше его, оба пили, потом она по его требованию съехала. В прежнюю семью ездит раз в год, в день рождения дочери, в остальное же время довольно безразличен к их существованию. По собственной оценке, в последнее время меняется в характере: прежде был веселее, «умел болтать», сейчас настроение «все время среднее», не хочется никого видеть, один ходит в кино. По-видимому, ежедневно выпивает, делает это в одиночестве или с сожительницами. Друзей во дворе и на работе нет. Стал много лежать в последние 2 года, проводит дни на диване. В комнате вперемешку разбросаны одежда, съестное, вскрытые и недоеденные консервные банки – оправдывается перед врачом по поводу беспорядка кругом, но, судя по всему, мало им тяготится. Принял обследователя благожелательно, со своего рода чинной церемонностью, просит «наперед извинить, если что не так», прилежно отвечает на вопросы, описывает себя как бы со стороны, откровенен сверх ожидания. В последнее время тяготится собственным состоянием и самочувствием, «удивляется» ему, жалуется на «вспыльчивость», появившуюся в последнее время: «из-за пустяков зло берет», чего раньше «и в помине не было». Держится с гостеприимной бравадой, но мимика, поначалу преувеличенно-бодрая, постепенно тускнеет, делается однообразна. Имеет «деловой», занятой, сосредоточенный вид, совершенно не соответствующий его времяпрепровождению: перед приходом врача праздно и «без особых мыслей» лежал на диване. Соседи характеризуют его как покладистого, уступчивого в квартирных взаимоотношениях и расчетах человека; он соблюдает все приличия, пьет только у себя; если к нему кто-нибудь приходит, то ведут себя тихо, никого не беспокоя (С).

Несмотря на положительную характеристику соседей, основанную на соблюдении данным лицом коммунально-квартирного кодекса, очевидно, что этот человек страдает хронической «пустой», бездеятельной, апатической, «обломовской» депрессией, временами усиливающейся и приобретающей черты дистимической, – тогда он испытывает не свойственное ему «от природы» чувство злости и выгоняет своих сожительниц. Примечательно несоответствие мимики и моторики преобладающему аффекту и самому образу жизни этого «занятого бездельника»: у него «деловой» вид и «сосредоточенность», тенью повторяющие то, что наблюдается в клинике больших психозов. Его гостеприимство по отношению к врачу, уступчивая корректность и лояльность с соседями носят характер пассивной подчиняемости внешним обстоятельствам, своего рода пассивной мимикрии: они не соответствуют ни его самоощущению, ни эмоциям – последних вообще словно нет, или они слишком уж затушеваны. Синдром носит депрессивную окраску и подоплеку, что явствует хотя бы из того, что он жалуется на свое состояние, считает его чуждым для себя, ему исходно не свойственным; депрессия, однако, настолько затянулась и «срослась с личностью», что со стороны представляется как бы неотъемлемой ее частью. Как в этом случае подействуют антидепрессанты, сказать трудно: если в некоторых из предыдущих случаев депрессия имела явно фазные, обычно доступные лечению эндоформные черты, то в этом – возможно, является следствием вялого, но «цепкого» течения иного, непрерывного, хотя и минимально-прогредиентного процесса.

Сходный случай – тоже с симптоматическим пьянством, но, в отличие от предыдущего, с остро ощущаемым чувством тоскливого одиночества.

Набл.49. Мужчина 35 лет. Отец пьющий. Себя с детства характеризует спокойным, общительным, «было много друзей». Учился средне, увлекался разными видами спорта: футболом, хоккеем, легкой атлетикой, играл в шахматы. В 18 лет за участие в краже, в которую оказался втянут «по глупости», из солидарности с товарищами, был осужден на 8 лет. Освобожден через 4 года, жил вначале в другом городе, потом, женившись, перебрался в Москву, работает токарем, имеет высший разряд в своей специальности. Пьет с 16 лет, в последние годы – недельными запоями, хотя работы никогда не пропускает. Возвращаясь домой, не шумит, не скандалит, но монотонно, «часами» стучит в дверь, пока не откроют. Со слов соседей, «несмотря на то, что алкоголик, очень приличный человек», молчаливый, «тихоня», «его ничто не касается», он не похож на эпилептоидную семью жены, воинственную и дружно кверулирующую (набл.66–68). Внешне покорен жене, во всем ей подчиняется, безропотен, но она им недовольна, говорит, что он соглашается только потому, что ему «все безразлично»: у него «на первом плане товарищи». По-прежнему любит футбол, не пропускает ни одного интересного матча, много читает. Сам играть перестал после тяжелой травмы головы 4 года назад, случившейся во время игры: была длительная потеря сознания, осталась глухота слева. Много курит, страдает бронхитом с тяжелыми приступами кашля по утрам; к врачам не обращается, к здоровью своему относится безучастно.

Неприметный, словно ожидающий чего-то с «посторонним» видом. Сложен правильно, движения естественные, с изящной, юношеской, едва ли не детской грацией, но очень скупые: подолгу и «терпеливо» сидит в одной позе, не меняя положения. Молча подчиняется жене, когда та бесцеремонно велит ему выйти из комнаты, пока она не поговорит с врачом. Слышно, как он играет в это время в мяч с сыном в коридоре: голос

его ровный, монотонный, все время одной силы, тембра и интонации. О себе рассказывает с откровенностью и доверчивостью, необычными для мужчин его возраста. В беседе легко обнаруживается подавленность, голос часто дрожит. Говорит негромко, вполголоса. С его слов, после выхода из мест заключения в 23 года почувствовал, что переменился, сделался более замкнут, не стало близких друзей, начало тянуть домой, в семейную обстановку, стал тяготиться одиночеством. Несмотря на внешнее подчинение жене, говорит о ней без чувства зависимости, объективно и с долей отчужденности. Свое пьянство признает и его не преуменьшает. Пьет, по его словам, потому, что когда рабочие на заводе идут вместе выпивать, особенно остро, физически, чувствует свое одиночество: когда выпивает в компании, пусть случайной, но «разогретой» алкоголем и оживленной, это чувство на какое-то время проходит. Обращался к наркологу, но тот сказал, что он «никакой не алкоголик». Раньше переносил спиртное хорошо – после травмы начал быстро пьянеть, С тех же пор – неустойчивость настроения: оно колеблется в течение дня по незначительным поводам. Помимо футбола любит природу, птиц, держит дома канареек, ходит по грибы. В течение последних двух недель не пьет: жена «предупредила в последний раз», но к вину все время тянет (С).

Особенностью данного случая, если не считать привходящих обстоятельств: посттравматического синдрома, алкоголизма и роли, которую могло сыграть лагерное заключение, можно считать преимущественно аффективный характер страдания – без заметных расстройств мышления и моторики шизофренического круга, но с заметным ювенилизмом, который чувствуется не только в том сверхценном значении, которое этот человек придает дружбе типа подростковой или коллективным играм, но и в самом его физическом облике. Он близок к конституционально-депрессивным больным, но машинальность, роботоподобность его повседневной жизни, его пассивная подчиняемость внешним обстоятельствам, наконец – бесконечный, каждый раз одинаково повторяемый им монотонный стук в дверь в состояниях опьянения: все это в совокупности придает специфически отстраненную шизоидную окраску его многолетней меланхолии.

Далее в чем-то сходный, хотя значительно более благоприятный (внешне во всяком случае) случай из той же возрастной группы: на этот раз без явной патологии аффекта и влечений, без пьянства – выглядящий более как шизоидный дрейф по жизни и пассивное подчинение и следование обстоятельствам, чем как собственно депрессия.

Набл.50. Мужчина 33 лет. Еврей из Бобруйска. Родителей характеризует как «спокойных, уравновешенных». Сам с детства флегматичен и несколько медлителен, хотя увлекался футболом. Любил также шахматы, математику, фотографию. Товарищей было немного, но «один никогда не был». Учился всегда ровно. После школы поступил в институт киноинженеров: интересовался «электроникой, физикой и техническими проблемами кино». После института попал на административную работу, ушел затем в научно-исследовательский институт, готовит диссертацию по электронике. Интерес к девушкам с 18 лет, половая жизнь с 23, женитьба в 28. Семейная жизнь вскоре начала утомлять, «затягивать» – иногда не сдерживается, кричит на ребенка, но осознает свой долг по отношению к близким и из семьи не уходит: собственно, некуда и не к кому. Домашние называют его «замкнутым», он долго не мог привыкнуть к семье жены, за первые два года жизни не сказал, кажется, ни слова, теперь говорит только чуть больше, самое необходимое. Домосед, никуда не ходит, интересуется одной работой. «С ленцой»-, ничего сам не делает, пока не попросят, но просьбы выполняет. Очень любит телевизор, включает его как только приходит домой, смотрит все передачи без разбора.

Сосредоточенного вида, смотрит мимо врача. Отвечает достаточно полно, но сам беседы не поддерживает, не задает вопросов, не поинтересовался, чем врач занимается. Выглядит скучноватым, терпеливым, «нейтральным». Недовольства жизнью не высказывает – пожаловался лишь на отсутствие свободного времени (С).

Здесь в глаза бросается прежде всего утрированная речевая инертность, доходящая до степени едва ли не полной немоты – среди формально вполне благополучного существования. И здесь, во всяком случае в домашних условиях, речь и поступки существуют лишь в виде ответных, спровоцированных извне реакций и реплик: нет сколько-нибудь заметной самостоятельно инициируемой и планируемой деятельности – если не считать обязательного включения телевизора. Он тоже из тех, кто хорошо себя чувствует лишь на работе, в регламентированных условиях трудового социума, в который они включаются подобно шестеренкам передаточных механизмов и даже испытывают при этом некоторое чувство душевного комфорта; дом же, с его сложными взаимоотношениями, с меняющимися день ото дня и непредсказуемыми требованиями быта, семьи и т. д., для них более чем обременителен: тоскует он не по свободному времени, а по одиночеству, в котором такие лица чувствуют себя всего легче: телевизор в таких случаях – достаточная замена живому человеческому общению.

В выборке было также 5 лиц, которые первоначально, на типологическом этапе обработки данных, были отнесены к «подозрительным» шизоидам. Это были женщины, которые в условиях подворных обходов обращали на себя внимание повышенной настороженностью: они видели что-то «неладное» в посещении врача, вели себя с особого рода предусмотрительностью, отличались малой доступностью. Бдительность и настороженность встречались и среди «здоровых» лиц, но, в отличие от них, «подозрительные шизоиды» не поддавались разубеждениям, относились к ним как к попытке обмануть их: их сомнения скорее упрочивались, чем рассеивались при попытках разъяснить положение и продолжить собеседование. В анамнезе в одном случае были «паранойяльные реакции», в другом – предубежденное отношение к врачам, лечившим

душевнобольного сына. Эти лица отличались малой общительностью, узким кругом знакомств, трое из них выглядели скрыто депрессивными. У трех женщин были «собственные реакции подозрительности» на приход врача, у двух – индуцированные родственниками.

Набл.51. Женщина 70 лет. Из семьи служащего. Характеризует родителей как «спокойных, веселых». О себе говорит, что была «смышленой, рассудительной»: из тех, «кто найдет выход из любого положения». В школе любила пение, рисование, музыку. Со старших классов особый интерес к «медицине, психологии и мозговой деятельности»: читала Павлова и Бехтерева. В годы революции и гражданской войны жила с родителями, в 24 года вышла замуж за офицера. Проучилась два года на медицинском факультете, затем оставила учебу, что сама связывает с рождением дочери и возникшими бытовыми трудностями. В течение 7–8 лет не работала, не тяготилась этим. С 35 лет работает медсестрой, почти все время – старшей сестрой одной из институтских клиник. Быстро выделилась среди остального персонала начитанностью и развитостью, была уверена в себе, влиятельна в коллективе. К медсестрам относилась, по ее словам, ровно и заботливо, но держалась в отдалении от них; с врачами вела себя на равных, «не чувствовала себя ниже их», но не сближалась и с ними тоже, вела себя осмотрительно, сообразно обстоятельствам. Всегда много читала, иногда – ночи напролет, увлекалась театром. Хозяйственными делами дома занималась «без большого желания». В последние годы стала молчаливее прежнего: как-то «загадочно» безмолвствует, не принимает участия ни в семейных обсуждениях, ни в ссорах. Большую часть дня читает лежа, за собой не следит, весь день в халате. Физически достаточно здорова.

Приняла врача очень неохотно, держалась свысока, долго оспаривала необходимость исследований подобного рода: «кому надо, сам придет к врачу». Сведения о себе дала самые формальные, была недовольна откровениями дочери, особенно когда та сказала, что у одной из родственниц мужа была шизофрения: шизофрения у нее «не доказана», во всем виновата мать этой женщины. В последующем восстановила против врача все семейство и во второй его приход, «наведя справки», вполне определенно заявила, что такие обследования нигде больше не проводятся, что ее квартиру выбрали не случайно: кто-то из института, где она прежде работала, послал к ней своего человека под видом обследователя – доказывала это тем, что выбор пал «именно на ее квартиру» (С).

Эта больная была из тех «паранойяльных» лиц, у кого в основе состояния угадывалась длительная и стертая субдепрессия: она проявлялась не в жалобах (эта женщина ни на что не жаловалась), а в изменившемся поведении, снижении активности, «молчаливости», неучастии в семейных делах, в том, что она залеживалась на диване и оставалась весь день в домашнем халате. Ее идеи отношения, хотя и могли расцениваться как ситуационно спровоцированные (эта женщина прежде работала в институте, откуда пришел обследователь и где, возможно, у нее были в прошлом конфликты), но носили слишком уж «надуманный» характер. Так или иначе, но с возрастом ее шизоидия, до того благополучная, «компенсированная», на фоне стертой депрессии стала способна продуцировать бредоподобные идеи преследования – пускай психологически предуготованные и отчасти «понятные».

Мы описали до сих пор 51 лицо, которых отнесли к шизофренному кругу патологии. Шесть из них болели манифестной шизофренией, 12 – вялотекущей, у остальных не было явного шизофренического страдания, но в чертах характера, в особенностях образа жизни, речи, мышления, мимики, движений – наконец, в той или иной деформированности судеб этих людей угадывалось скрытое (или более или менее явное) шизофреническое начало. Остро-манифестные случаи составляют 1,4+1,2 %, в совокупности с вялотекущими – 4,3+2,0 %, то же в сумме с латентными около 12,3 % выборки – без поправки на возраст, время выявления тех или иных расстройств и т. д.

Этим шизофренно-шизоидный круг патологии в выборке не ограничивался. Всего к группе шизоидов (включая латентные, но без манифестных и вялотекущих случаев шизофрении) отнесено 65 человек, хотя цифра могла быть и больше и меньше этой: в зависимости от критериев выделения данного состояния, доступности обследуемых и просто – впечатления от того или иного случая. Приведем наблюдение, иллюстрирующее трудности квалификации случая из-за недостаточности сведений, столь обычной в шизоидных семьях.

Набл.52. Женщина 37 лет, русская. Мать 13-летнего больного манифестной шизофренией (набл.2) и дочь женщины, отнесенной к вялотекущей шизофрении (набл.10). Об отце – ничего достоверного: мать называет его «жадным»; он занимал высокий чин в учреждении закрытого типа. С высшим образованием, инженер, работает в той же полувоенной структуре, что и родители. Об истории брака и развода сведений нет. Воспитывает больного сына, живет с ним и с матерью. Известно, что после пребывания сына в стационаре почти полностью отказалась от услуг психиатров, сама опекает его, в диспансер обращается крайне редко и дает лекарства сыну только при резком возбуждении. «Не обращает внимания» и на сумасбродные высказывания матери, снисходительна к ним, «пропускает их мимо ушей». Обычно неразговорчива, на службе отношения формальные (?), близких мужчин нет. Почти все эти сведения предположительны, получены на основании ее «недомолвок», уклончивых ответов, еле заметных пожиманий плечами и пр. Врача встретила безразлично, не вникала в смысл его посещения, имела деловой, собранный вид. Лицо невыразительно, сосредоточенно, лишь несколько раз посмотрела на врача – взгляд при этом был одновременно «рассеянный» и «оценивающий». Разговор шел урывками, не приняла участия в общей беседе: торопилась куда-то. В следующий раз уже вполне определенно отказалась от встреч с врачом, хотя была в этот день свободна. О сыне в первое посещение сказала

несколько слов – скупо, но по существу: понимает, что он болен, но отказывается от лечения у специалистов, от которого ему «только хуже»; не захотела обсуждать своего поведения – в лице при этом мелькнуло нечто каменное и скрыто-враждебное. В последующие дни ее мать явно по бредовым мотивам начала выяснять причины и «тайную» подоплеку врачебного визита – она, понимая болезненность ее подозрений и разоблачений, не предприняла никаких мер для «погашения скандала» – напротив, испытала скрытое, но вполне заметное удовлетворение от случившегося. Разделяет мнение матери о том, что врачи «загубили» ее ребенка. Вслух этого не говорит, но это ясно читается в ее поведении, хотя мимика ее вообще эфемерна, состоит из еле заметных теней, скользящих по лицу и не меняющих его основного, «занятого», рассеянно-сосредоточенного выражения (С).

Эта женщина не попала в число предположительных носителей латентного шизофренического задатка, видимо, лишь в силу недостаточности сведений о ней: нельзя же, в самом деле, строить столь ответственную диагностику на основании недомолвок, теней, пробегающих по лицу, и всякого рода недосказанностей. (Для автора и этот случай был достаточно убедителен, но он не вправе требовать того же от читателя, который при нашей личной встрече не присутствовал.) Трудности квалификации статуса возникали и в случаях полной социальной адаптации или даже «сверхкомпенсации» носителей предполагаемого шизофренического начала: социальные и биологические мерки здоровья здесь как бы расходились в противоположные стороны, и автор, живущий в определенной системе социальных координат и постоянно ощущающий на себе их влияние, не мог не принимать их в диагностический расчет и соображение.

Набл.53. Мужчина 23 лет. Отец – украинец, высокооплачиваемый служащий, всегда спокойный и сдержанный; кончил два института; в свободное время много занимается автомобилем. Мать – врач, русская, более общительная, хозяйственная и гостеприимная. Сестре 16 лет, она живая, компанейская, в последний год готовится поступить в институт, стала в связи с этим «нервной», переутомляется.

С детства, по собственному описанию, избирательно общителен, знался только с узким кругом школьников, к другим же был нарочито, демонстративно безразличен. Со школы помогал отцу в уходе за автомобилем. В институте занимается экспериментальной физикой, имеет дело с приборами, теоретическую часть физики любит меньше. хотя ее знает тоже. Озабочен в настоящее время распределением, боится попасть в армию – говорит об этом сдержанно, но веско и без какого-либо стеснения. Похож на отца характером: скрытен и замкнут, но с женой новостями делится. С соседями поддерживает внешне благопристойные отношения, терпеливо выслушивает, например, словоохотливую соседку, но все они втайне его раздражают. Никогда не здоровается с сыном соседа, своим сверстником: проходит мимо, будто не замечает его, прячет взгляд или слегка, как птица, скашивает его, глядя недружелюбно и высокомерно. Брезгливо говорит о том, что в квартире давно не было ремонта, но ничего в связи с этим предпринимать не намерен, так как «квартира коммунальная».

Сутулый, с несколько детским румяным лицом, довольно медлительный, движется размеренно, сосредоточенно глядит перед собой. Держится с внешней предупредительностью, «дежурно» улыбается врачу, но визитом его, по всей очевидности, недоволен и лицо, парадоксальным образом, сохраняет общее неприязненное выражение. Угощает врача чаем, но, кажется, раздражен этим обстоятельством, неодобрительно следит за тем, как врач берет сахар. Говорит о себе скупо, лаконично, обдумывая фразы, иногда предпочитает отмолчаться, отделаться однообразной улыбкой, попутно обменивается с женой сухими, короткими репликами. Между обоими существует, кажется, род взаимопонимания – жена недовольна только тем, что он не любит ходить в компании, предпочитает отсиживаться дома (Д).

Шизоидия в данном случае проявляется не столько в поступках и образе жизни этого человека (они ничем внешне не примечательны), сколько в частностях, деталях и оттенках его повседневного облика и поведения. (Такие «нюансы» житейски бывают ничем не лучше явных расстройств, но это не довод: то и другое вообще – на любителя.) Общая преемственность патологии шизоидного круга, даже на столь отдаленном от больничного прообраза уровне, и здесь, на наш взгляд, прослеживается достаточно убедительно.

Этот тип – еще более или менее цельный, более или менее легко идентифицируемый, но было много и таких, у кого шизоидные черты психики существовали как бы в виде «отдельных свойств» характера; эти случаи уже совершенно невозможно сосчитать, и делать это, по всей вероятности, не нужно: мы коснемся этого вопроса в разделе «трудно дифференцируемые минимальные расстройства психики». 65 случаев: цифра названная выше, относится к более или менее «узнаваемым», «биологически структурированным», «пожизненно стигматизированным» типам: все это, кажется, синонимы одного понятия и явления. Дадим в качестве иллюстрации краткие характеристики части таких лиц.

В них неполнота и неяркость симптомов, а вместе с ними и отнесение их носителей к благополучной категории, носили иногда «технический» характер, обуславливались недостаточностью сведений, в других же случаях сама шизоидность была не столь очевидной, рельефной, как в более явных случаях.

Набл.54. Женщина 50 лет, русская, квалифицированная рабочая, инвалид 3-й группы по язвенной болезни 12-перстной кишки. В молодости «держалась свысока», была склонна всех поучать и давать советы, долго не интересовалась мужчинами, поздно вышла замуж и недолго жила с мужем, разведена. Воспитывает приемную дочь, которую чрезмерно опекает. Не допустила до нее врача-обследователя – причин тому не объяснила, но глядела подозрительно. Предложила расспрашивать сколько угодно ее, потому что она «больше знает» о дочери, но и о ней дала лишь самые скупые и формальные сведения. В последние годы жалуется на слабость, утомляемость, сниженное настроение. Климакс (Д?).

Круг эпилептической патологии

Эпилепсии «не везет» в психиатрических систематиках и ежедневной диагностике. Область ее «компетенции» неуклонно сужается в пользу иных эндогений (шизофрении в первую очередь) и симптоматических эпилепсии: травматической, алкогольной и пр. О шизофрении тоже говорят, что она является результатом соединения наследственного предрасположения с иными производящими психоз факторами, но при шизофрении последние обычно не очевидны, ускользают от исследователя, а при эпилепсии лежат на поверхности: ее провоцируют грубые органические мозговые процессы, за счет которых и относят заболевание.

Есть и другие – так сказать, психологические корни этого неприятия. Разум, исследуя психику, склонен искать в ней себя и отталкиваться от иного, неодухотворенного. Это не значит, что он не способен понять иное, но он проводит четкую и непреодолимую грань между разумным и бездушным и, приближаясь к рубежу между ними (с той или с другой его стороны), ведет себя как кривая по отношению к пределу: никогда не сливаясь с ним окончательно; перешагнув же границу, попадает как бы в иное измерение, меняет ориентиры, использует качественно иные методы исследования: знание идеального и материального для него – сферы несоприкасающиеся и несоразмерные. Из древности идет учение о том, что душа и дух подобны божественному – в том смысле, что они не постигаются обычными путями мысли, но воспринимаются как данность и угадываются врожденной интуицией: бог и дух уникальны и потому изначально ни с чём не сравнимы. Как некому уподобить Бога, который един и всеобъемлющ, так же не может сопоставить себя с иным и дух: для этого ему надо выйти за свои пределы, что невозможно. Так, у Ямвлиха Халкидского, III–IV век н. э.: «Ведь, в самом деле, каким же образом сама по себе бестелесная сущность может отличаться от каких-то тел, когда она не имеет ничего общего с причастными ей телами? Каким образом, присутствуя в телах отличным от пространственного образом, она подвергается различению на основании телесных положений?» Несмотря на этот запрет и скепсис, человечество, работая не покладая рук,

---

Набл.55. Мужчина 48 лет, инженер, начальник цеха. Все время проводит на заводе, может не выходить оттуда по двое суток. Дома выполняет некоторые житейские обязанности, но, как правило, задумчив и сосредоточен на служебных делах, детьми почти не занимается. Врача встретил недоверчиво, его вопросы попросту «игнорировал», «пропускал мимо ушей». При попытке настоять на беседе (врач решил, что он плохо его слышит) неожиданно озлобился: пробормотал что-то невнятное, затем, «избычась», резко вышел – на лице была написана явная враждебность. Категорически запретил семье всякое общение с доктором (Д?).

Набл.56. Девушка 21 года, дочь предыдущего лица. Учится в институте. Производит впечатление «интеллектуалки», к молодым людям безразлична; хотя и учится в техническом институте, интересуется, по ее словам, более всего «высшей нервной деятельностью»; речь путаная, выспренняя, маловразумительная. Деспотично опекает младшего брата, «не дает ему прохода», «дергает» его. Рисует – повсюду в доме развешаны ее картины, запрещает снимать их (С?).

Набл.57. Женщина 57 лет. Геолог, родственница больной, описанной в набл.16 (из родословной декабриста). Всегда была увлечена работой. Замужем не была. Симпатизирует «странному» художнику, но видится с ним редко – отношения эти существуют в таком состоянии с незапамятных времен и никак не развиваются. Со слов родных, в обыденной жизни – «болтушка», но при появлении врача насторожилась, лицо остановилось – стала заметно и почти телесно тяготиться его присутствием в доме, быстро свернула разговор и «выскочила» из комнаты (С?).

Набл.58. Мужчина 31 года. Русский, инженер. На работе уважаем, считается хорошим работником. Дома ведет себя скрытно, замкнуто. Обычно спокоен, лоялен к окружающим, но неразговорчив. Все бы хорошо, если бы он – никак не объясняя свои поступки – не уходил несколько раз от жены: всякий раз так же молча, без комментариев, через несколько дней возвращается. В разговоре с врачом вежлив, но формален. Жена умолила врача не расспрашивать о причинах его отлучек (С?).

Набл.59. Мужчина 32 лет. Русский, квалифицированный рабочий, женат. Неразговорчив, много читает. При визите врача выглядит угловатым, медлительным. Совершенно не удалось вовлечь его хоть в какое-нибудь подобие разговора: отмалчивался и словно не слышал обращенных к нему вопросов. Не производил пр[оборвано]

<Текст отсутствует>

нашло подходы и к этой сложнейшей из проблем, и психиатрический среди них – едва ли не самый важный: показывая последовательный ряд искажаемых и подавляемых психической болезнью состояний духа – вплоть до его уничтожения, он дает искомый материал для сравнения. На нем, в силу тех же религиозно-гносеологических причин, лежал тот же идейный запрет, от которого наука только теперь начинает освобождаться и который до недавнего времени сужал область применения психиатрии, сводил ее до положения ремесла и практического навыка. Многовековая инерция велика, и наша наука до сих пор стремится задерживаться по «сю» (то есть субъективную) сторону главного философского рубежа. Психозы, протекающие на фоне ясного или слегка деформированного болезнью сознания, по-прежнему – любимый предмет ее рассмотрения: мы узнаем в них общечеловеческие и лишь преувеличенные болезнью заблуждения и фантазии. Но эпилепсия, деменция и олигофрения ставят наблюдателя в тупик, в трудное положение: здесь разум упирается в безмыслие, в свою противоположность и отрицание: поэтому все эти состояния – его нелюбимые детища. Эпилепсия, выключая мыслящий дух, обнаруживает его прямую зависимость от материи – это известно каждому, кто хоть раз наблюдал эпилептические сумерки; человек же, как обособившаяся от плоти личность, получившая автономию от своего вещественного (хотя и живого) субстрата, не любит, когда ему напоминают о его исходной и продолжающейся по сей день зависимости и рабстве, склонен объяснять их вмешательством извне, действием привходящих, случайных причин, «маргинализирует» болезнь, исключает ее из круга имманентно, от природы ему присущих. Поэтому генуинная эпилепсия, хорошо известная по классическим описаниям, к которым трудно добавить что-либо новое, так часто оценивается как симптоматическая, объясняется телесными недугами – точно так же как родители ребенка-эпилептика объясняют его заболевание тысячью разных причин, но только не семейным предрасположением. С олигофренией дело обстоит еще хуже: это не преходящее, а перманентное состояние, оно еще дальше отстоит от здорового разума, и последний склонен ее попросту игнорировать, не замечать ее существования. Это не публицистическое преувеличение. Так же как случайный посетитель, входя впервые в психиатрическую клинику, ужасается увиденному и удивляется тому, «как здесь работают», так и сам психиатр, которому «ничто человеческое не чуждо», «не любит» олигофренов, тяготится семейными узами со столь обидными для него родственниками и не пускает их на порог врачебного сознания. (Мы имеем здесь в виду общую тенденцию, а не отдельных специалистов в этой области, хорошо понимающих важность проблемы и героически работающих с этой, по названным причинам столь трудной, категорией пациентов.)

Если вернуться к клинике эпилепсии в нашей выборке, то и в ней (поскольку мы следовали общепринятым диагностическим меркам) мы не выявили случаев «чистой» генуинной эпилепсии с психозами, но напомним хотя бы набл.5, где до развития шизофренического (или шизофреноподобного) процесса имела место «травматическая эпилепсия» с психическими пароксизмами, и приведем следующий пример, который мы на сей раз вывели из раздела травматической болезни, где ему надлежало быть по всем общепринятым психиатрическим критериям.

Набл.66. Женщина 51 года. Из татар Нижегородской области. Родители – разнорабочие. Отцу 80 лет, он здоров, всегда был спокойным, «добрым»; впрочем, то же больная говорит и о других членах семьи. Сама до 26 лет жила в деревне, кончила 4 класса. Была спокойной, улыбчивой, ей говорили: «Что смеешься как дура?» – на фотографиях того времени выглядит полной и добродушной. В войну приходилось много работать в колхозе, не уставала. Переехала в Москву по набору, вскоре вышла замуж. Работала на фабрике, освоила профессию швеи-мотористки. С мужем хорошо жили два года, затем он начал пить и «драться» – терпела его ради сына, к которому он хорошо относился.

В 36 лет ей на голову упала часть станка. Потеряла сознание, не помнит, что с ней было в течение суток после травмы. Полтора месяца была в больнице: с головокружениями и головными болями, тошнотой и рвотой. С тех пор здоровой себя не чувствует и состояние с

годами ухудшается – несмотря на частое лечение в неврологических стационарах. При ухудшениях развивается сильная слабость, раздражительность, непереносимость резкого света, шума, транспорта, возобновляются рвоты и усиливаются головные боли; рвоты бывают по нескольку раз в день – «зеленью, как у беременной».

Особенно плохо себя чувствует в последние 5 лет, что сама связывает с диагностической спинномозговой пункцией: после нее не вставала в течение 3 месяцев из-за резкой слабости и головокружений. С того же времени начала слышать «звонки в дверь» (идет открывать и, увидев, что никого нет, всякий раз «расстраивается») и особые, возникающие приступами, сновидные состояния, которые описывает следующим образом. От неприятностей и связанного с ними беспокойства или «просто с утра» испытывает беспричинную тревогу, «нервничает», делается рассеянна, начинает двигаться машинально, как в полусне, громко разговаривает с воображаемым собеседником (из реально существующих людей), расхаживает по комнате, отплевывается, начинает мыть посуду, пол, моет их по второму и третьему разу, часто роняет при этом вещи – все как бы помимо воли, хотя сознание сохранено и она даже понимает «задним умом», что с ней снова случился приступ. В этих состояниях часто ощущает чье-то присутствие рядом: если идет по улице, то слышит шаги за собой – будто ее кто-то преследует. К концу приступа (длящегося час и более) сводит мышцы ног, она мерзнет, не может согреться – вынуждена лечь из-за головокружений и настоятельной потребности во сне. Впадает в забытье, после которого окончательно уже приходит в себя и тогда с особой остротой осознает, что с ней был припадок: делается «неловко, стыдно, что так вела себя». Бывают и другие состояния, которые тоже помнит: слышит в голове гул, шум текущей воды, голоса, идущие будто бы из толпы, – всякий раз закрывает при этом глаза. Иногда достаточно закрыть их, чтоб появился гул в голове.

Стала в последнее время злопамятна до жестокости. «Ненавидит» теперь бывшего мужа, с которым развелась и разъехалась, то же чувство испытывает к больничным врачам, будто бы загубившим ее пункцией. Начиная говорить о чем-либо, забывает, о чем шла речь, не замечает, как меняет тему разговора. В последние годы вообще стала хуже память: не уверена в себе, проверяет свои действия. Лечение у невропатологов эффекта теперь не дает. При ухудшениях лучше всего помогает крепкий сладкий чай и грелки на ноги: то и другое успокаивает – не может спать без грелки, «как ребенок без соски».

В беседе попеременно слащава и жестка; обстоятельна в изложении своих жалоб, охотно говорит о них, сосредоточена на болезни. Несколько раз теряла нить разговора, огорчалась, когда ей указывали на это: «Вот опять не знаю с чего начала». В житейских делах вполне ориентирована, заботится о 17-летнем сыне, который по-прежнему во всем ей повинуется (В).

Случай этот диагностически легко укладывается в ложе травматической болезни головного мозга: с развивающимся психоорганическим синдромом, вторичной эпилептоидизацией, психическими пароксизмами типа частично амнезируемых амбулаторных автоматизмов и наплывов элементарных галлюцинаций с характерным для органического процесса «нейтральным», «бессодержательным», обезличенным содержанием галлюцинаций (шум воды, неразборчивые голоса толпы и т. д.). Преморбид и семейный фон больной как будто бы не выявляют эпилептических стигм в ее индивидуальной и фамильной предыстории. С другой стороны, психотические пароксизмальные расстройства здесь заметно опережают развитие психоорганического синдрома. Подобная глубина изменений сознания в пароксизмах, равно как и выраженный полиморфизм последних, характерна для более тяжелых случаев травматической болезни – со слабоумием, которого у больной не выявляется. Подобные отношения между общими и очаговыми симптомами могут иметь место при специально височном поражении мозга с фокальными психическими приступами и при наследственной предуготованности синдрома, и второе более вероятно, поскольку «височные» эпилептики тоже как будто бы более вязки, грубее изменены по органическому типу, чем наша обследуемая. Говоря иначе, нельзя исключить того, что случай этот не чисто

экзогенный, но экзо-эндогенный (как, по-видимому, и большинство других случаев симптоматической психической эпилепсии, развивающейся далеко не у всех «травматиков», «алкоголиков» и т. д.).

Заметим попутно, что в любом случае эта женщина не получает адекватной медицинской помощи и нуждается в переводе на 2-ю группу инвалидности.

Эпилептоидия

Эпилептоидия тоже «вышла из моды», забыта авторами руководств, заменена в них моносимптомным и самым сборным понятием «возбудимой психопатии» или существует в некой сокращенной и вульгаризированной версии, по которой эпилептоиды педантичны, злопамятны, коварны и «держат камень за пазухой». Между тем для популяционных работ этот тип, к которому, по некоторым оценкам Крепелина (цит. по Т. И. Юдину1), относится «до трети всех психопатов», очень важен и нуждается в современном пересмотре и уточнении. Наша задача в равной степени облегчается и усложняется тем, что этому предмету посвящено большое число отечественных работ 20-х и 30-х годов, краткую сводку которых мы хотели бы сейчас представить.

Сделать это непросто. Относительно шизоидов у большинства авторов еще до начала исследований существует своего рода негласный сговор, консенсус о сущности этой психопатии, которая заключена едва ли не в самом ее наименовании: это та или иная степень «инакости» и «чудаковатости», на поверку оказывающихся всякий раз стертой, неразвернутой, непрогредиентной микрокататонической симптоматикой. С эпилептоидией дело сложнее: основной признак ее (если он вообще существует) вычленить из общего контекста труднее, он хуже отделяется от «здорового» состояния, легче смешивается с «естественной» возбудимостью и потребностью в доминировании. Больше взаимопонимания – относительно пароксизмальных расстройств при эпилептоидии. Общепринято (см., например, у М. О. Гуревича1, Т. И. Юдина1, Е. К. Краснушкина, Л. И. Асановой и др., А. М. Пулатова и С. А. Хашимова), что они являются смягченными аналогами приступов большой эпилепсии и близки или тождественны пароксизмальным продромам этой болезни: именно этой общностью симптоматики и устанавливается прежде всего родство обоих состояний. К пароксизмальным проявлениям при эпилептоидии принято относить: мигрени, спазмофилию, псевдообмороки, детские инфекционные судороги, аффект-эпилептические состояния и эпизоды аффективно суженного сознания, отчасти – вегетативные пароксизмальные кризы. Преимущественно в детской патологии: ночное недержание мочи, снохождение, сноговорение, стереотипные ночные страхи, устрашающие повторяющиеся сновидения, заикание, тики и пр. Сравнение этих расстройств с предвестниками большой эпилепсии показывает, что оба ряда симптомов едва ли не идентичны (см., напр., у Е. Е. Сканави). В обеих конъюнктурах первоначальную причину патологии связывают с незрелостью, «органической недостаточностью», врожденной неполноценностью головного мозга с наклонностью к вазомоторным спазмам (Гуревич1) – говорят о дефектной конституции, находя тому телесные подтверждения в виде общей диспластичности и «физической дегенерации». Что же касается эпилептоидной характеропатии – психопатических проявлений, сопутствующих этому стертому пароксизмальному синдрому, и ее связей с изменениями личности при эпилептической болезни, то здесь все сложнее: мнения авторов, включая самых именитых, существенно между собой различаются. Описание целостного эпилептоидного характера удается хуже, чем названных пароксизмов, и если изображаемый тип целен и убедителен (как, например, у П. Б. Ганнушкина), то он либо нечаст, либо оспаривается в дальнейшем как принадлежащий исключительно эпилепсии. Более распространены и меньше возражений вызывают «отдельные черты» эпилептического характера, наблюдающиеся чаще, чем их «кластерные» совокупности. Попробуем назвать черты, относимые разными авторами к эпилептоидным. Здесь, кроме названных выше, суммируются также работы П. Б. Ганнушкина2,4,6, Я. В. Беренштейна, Я.

И. Фрумкина, И. Я. Завилянского и М. А. Мизрухи и других авторов.

Общая черта, в констатации которой сходятся едва ли не все исследователи, – та или иная степень вязкости, «глишроидности» (F. Minkowska) эпилептоидов, сказывающаяся едва ли не во всех их психических актах и проявлениях. Они «пристают», «прилипают» к окружающему: к порядку вещей в нем, к малейшим и незначительнейшим частностям жизни – делаются «рабами мелочей», не могут с ними расстаться и забыть их, все запоминают, копят впрок, ни от чего не отказываются окончательно; вся жизнь их – сплошная регистрация, складирование, пожизненное хранение наблюдений, впечатлений, переживаний и особенно – «обид», которые они помнят вечно и которые ждут своего часа для удовлетворения некогда порожденного ими мстительного чувства, для восстановления «законного» порядка и попранной кем-то справедливости.

Другая личностная черта характерного эпилептоида, также всеми, кажется, признаваемая, – это полярность его аффектов с вертикальными перепадами настроения от приподнятого и особым образом экзальтированного: с неуемным, «витальным», оптимизмом, «жизнеобильностью», легким и подвижным душевным откликом на окружающее – к «обвальным» дисфориям с мрачностью, ожесточением, разрушительными тенденциями, скрытой или явной агрессией в отношении тех, к кому только что относились с внешней теплотой и участием. Здесь – секрет пресловутого «коварства» эпилептиков и с ними – эпилептоидов: те и другие словно нарочно завлекают людей, чтобы потом обрушиться на них с непредсказуемой и ни на чем, кажется, не основанной яростью.

Как результат суммации этих черт (если заниматься психиатрическим сложением и вычитанием) – так называемая гипер-антисоциальная «пропорция» эпилептоидов, сосуществование и поочередное выявление в них противоположных и, казалось бы, взаимоисключающих начал: они то ревнители закона, моральных уз и устоев, последовательности в очередях и т. д. (и нет стражей порядка усерднее и добровольнее, чем они), то – лица, способные на самые неожиданные бунты и противоправные действия, фактические разрушители и ниспровергатели того самого порядка, который только что убежденно и как будто бы искренне защищали; при этом полярная перемена аффекта совершается порой с ошеломительной быстротою. Хотя эти преображения и выглядят сменяющими друг друга состояниями и следствиями перемен в настроении, но более тесное знакомство с предметом рождает впечатление, что настоящий эпилептоид, хотя и обнаруживает попеременно противоположные чувства, но делает это не как истерик, живущий поочередно в разных ипостасях и как бы забывающий предыдущие, но все время носит оба чувства в груди: толь – ко когда одно из них на поверхности, другое словно прячется, накапливает силы и зреет, чтобы затем выплеснуться наружу. Это не парализующая волю амбивалентность шизофреника (если продолжать сравнивать с ними), а поочередное выявление двух постоянно живущих в душе, хотя и разнонаправленных тенденций и импульсов: некие своенравные качели с двумя противоборствующими толкачами-антагонистами.

Еще одна особенность, описываемая едва ли не всеми авторами и отчасти «вытекающая» из названного аффективного «маятника», – это «лицемерие» эпилептоидов. Они легко, с парадной двери, входят в любое общество, непринужденно подстраиваются в нем под общий тон, охотно разыгрывают роль, приличествующую случаю, «вводят всех в заблуждение», но при этом сохраняют всю свою властную и агрессивную сущность и цельность характера, всегда «помнят свою выгоду» и не преминут воспользоваться ситуацией, любой возможностью для утверждения своего главенства и превосходства, для получения той или иной материальной выгоды, прибавляя всякий раз новых красок к своей и без того «двуличной», «коварной» репутации.

Общеизвестна тяжелая властность эпилептоидов, которые в своем типичном варианте – все сплошь деспоты, особенно семейные. Эта черта является как бы сплавом из их вязкой педантичности и потребности в доминировании. В результате такого «альянса чувств» настоящий эпилептоид добивается, чтобы все было «по нему» – в самых незначительных и

не стоящих того частностях. Один из подобных субъектов в нашей выборке требовал от жены (неукоснительно и при неповиновении – злобно), чтобы та нарезала ему хлеб кусками ровно в 1 сантиметр – не больше того, но и не менее; он определял толщину бутербродов на глаз, но глаз его отличался в этих случаях орлиной зоркостью (жена проверяла потом линейкой и всякий раз подтверждала замеченное им несоответствие).

Эпилептоиды отличаются чрезмерной подвижностью, повышенной «моторностью». Они словно обладают «вечным двигателем», позволяющим им быть весь день на ногах, не знать и минутного покоя, быть всегда готовыми вступить в оживленный разговор, ссору, противостояние, борьбу за свои интересы, сутяжничество. Этому двигательному и речевому напору, деятельной «неугомонности» соответствует расторможенность инстинктов: это люди влечений. Эпилептики повышенно эротичны: это свойство их угасает поздно, оно скорей усиливается, чем ослабевает в инволюции. Они склонны к эксцессам по питейной части, хотя истинные дипсоманы, равно как и другие – маны: порио-, пиро-, клепто- и пр. – относятся, видимо, к более сложным «дегенерантам»: с большим удельным весом эпилептического начала, но и с привлечением иных патообразующих факторов, прежде всего – специальной патологии влечений (Е. К. Краснушкин).

Наконец, еще одна, часто упоминаемая и не последняя, черта лиц этого наследственного круга (более свойственная, по-видимому, не «чистым» эпилептоидам, а сложным, «мозаичным», психопатам) – это особого рода манихейская набожность и мистичность, соединяющая Бога с Сатаной в противоположной, но неразлучной паре. Многие эпилептики и эпилептоиды так или иначе верят в Высшее Существо, управляющее миром и их собственным, столь непредвиденно меняющимся, душевным состоянием, но многие из них еще и мистичны: чувствуют свою причастность к высшим силам и тайнам бытия, к миру потустороннему и оккультному. F. Minkowska писала о религиозности morbus sacer как результате близости этой болезни к «глубинным, наименее личным слоям человеческой психики», приводимым в колебание и движение большими и малыми пароксизмами. Галлюцинации эпилептиков, как известно, часто носят характер божественного императива – это крайнее выражение того, что в той или иной мере свойственно многим из них (и с ними и эпилептоидам): они, говоря в общем виде, люди управляемой свыше стихии. Все эти отдельные черты слагаются в описаниях в собирательный образ, который является «чистым типом» и на поверку – в значительной мере абстракцией. Всякий психиатр видел, конечно, подобных эпилептиков (и эпилептоидов) в своей практике и может подтвердить их жизненную реальность, но в таком законченном виде они большая редкость – чаще те или иные реальные лица обнаруживают «смазанные» эпилептоидные черты, отзываясь тем или иным сходством с исходным образцом, с его «отдельными сторонами». «Классический» тип в населении встречается редко и как статистический феномен не очень существен – описательная эпилептоидология зашла здесь в тупик: ей грозило стать казуистикой. Другая ветвь исследований, ищущая связь этой психопатии с иными и рассматривающая ее в развитии и движении, оказалась более интересной. Было произведено, в частности, типологическое разделение вариантов эпилептоидии в зависимости от преобладания в ней стенического брутального или астенического, дефензивного, начала, а также от отношений к другой эндогенной патологии. Новый подход отразился в первую очередь в известном делении эпилептоидов на брутальных и дефензивных и выделении истеро- и шизоэпилептоидов.

а) Брутальный эпилептоид остается наиболее характерным типом, вобравшим в себя большую часть названных выше черт – с той или иной степенью выраженности. Он является таковым не только в силу своей относительной частоты, но и потому, что к нему стремятся, с возрастом развиваются в его сторону, другие (дефензивные, астенические, истероподобные) эпилептоиды, у которых нарастают черты жесткости, властности, педантизма и т. д., составляющие сущность эпилептоидии в целом.

б) Дефензивные эпилептоиды определились как тип первоначально, по-видимому, не столько в профессиональной литературе, сколько в романах Ф. М. Достоевского.

Дефензивная эпилептоидия – как бы зеркальное отражение брутальной и построена она из внешне противоположных ей черт (которые, как все крайности, сходятся в конце пути со своими антиподами). Вместо безграничной властности здесь – столь же бесконечное смирение, вместо злопамятности – универсальное всепрощение, вместо алчности, расторможения влечений, «глубинной безнравственности» – утрированный, нарочито культивируемый аскетизм и «умерщвление плоти». Чувственность и здесь насыщена эротикой, но не наступательной, не агрессивной, а пассивной, страдательной и нуждающейся в сочувствующем зрителе и свидетеле; эпилептоидии этого рода, с ее публичным «самобичеванием» и самоуничижением, свойствен «игровой» характер страданий и долготерпения, «сценичность» поступков, порой самозабвенная театральность, истероподобность (присущая вообще едва ли не всякой эпилептоидии с астеническими проявлениями). Эта постоянная «игра» или «наигрыш» не противоречат тому, что душа дефензивного эпилептоида действительно представляет собой, фигурально выражаясь, одну незаживающую рану и ссадину: он каждую минуту готов расплакаться, разжалобиться при виде чужих слез и несчастий (особенно детских), проникнуться к тому или иному лицу непомерным сочувствием. Последнее не должно вводить в заблуждение: это сострадание носит всякий раз характер единого, недифференцированного чувства, адресованного, в обход реальных лиц, в некий всеобъемлющий вселенский космос и вакуум. Такие люди плачут взахлеб, когда смотрят чувствительные фильмы, неизменно подают милостыню (всегда, впрочем, умеренную), ежеминутно готовы впасть в сострадательный, сердобольный экстаз и транс и т. д. Они часто набожны, но, с точки зрения церкви, особенно православной, редко бывают хорошими верующими: в них, кроме Бога, сидит еще некто – искус, соблазн, то, о чем говорить вслух не принято. Они проникаются в храме единым чувством с другими верующими, но не сливаются с ними в общем порыве: всякие эпилептоиды, даже дефензивные, и в самые светлые свои минуты заражены тем, что в обыденности называется эгоизмом, но в них он живет как бы «инкогнито», под иной, благостной, маской, которая отсутствует у более дерзких и хищных, открыто нацеленных на материальные блага брутальных эпилептоидов.

И здесь чистые типы редки, но совмещение брутальных и дефензивных черт у одних и тех же лиц – явление вполне реальное и распространенное. Эти эпилептоиды способны существовать в двух ипостасях: они то угодливы, услужливы, притягательно-приветливы, то, в зависимости от внешних обстоятельств (имеют ли они дело с врагом или союзником, начальником или подчиненным) или в силу спонтанных колебаний настроения, «брутализируются», неожиданно ожесточаются и нападают, упрочивая свою репутацию «коварства» и «лицемерия».

в) «Истероэпилептоиды» также несут в себе «астеническое жало», они более зависимы от обстоятельств, менее стабильны и целостны в сравнении с «обычными» эпилептоидами. Их метаморфозы более убедительны, драматичны, производят впечатление более прочувствованных «изнутри», менее осмотрительных, но и они повторяются по единому клишеобразному образцу, и здесь закономерная смена аффектов протекает «по заранее проложенным рельсам», по единому предуготованному шаблону. Это те, кто в порыве разоблачительных чувств (обычно в нетрезвом состоянии) громко и публично клеймят позором своих обидчиков, рвут на себе рубахи, демонстрируя тем предел своих возможностей и тупик существования, и затем, в трансе покаяния, валяются в ногах у своих недругов (к которым относятся двойственно и тройственно: с ненавистью, завистью и с тайным обожанием). Брутальные эпилептоиды не просят прощения (а если и просят, то лучше бы не делали этого: появляется лишь новый пункт в их штрафном списке и бесконечной долговой книге) – истероэпилептоиды, после учиненных ими безобразий, каются совершенно искренним и убедительным образом и просят «в следующий раз» связать их или как-то иначе изолировать от окружающих (зная наперед, что все не раз повторится сначала).

г) О шизоэпилептоидах мы будем иметь возможность говорить позже: представители

этой многочисленной и разнородной категории населения встречались у нас неоднократно. Они в отечественной литературе только названы по имени: нам не удалось найти сколько-нибудь подробного их описания.

д) К эпилептоидии, наконец, относят органическую психопатию детского возраста. Имеется значительное расхождение во времени в выявлении эпилептоидных пароксизмов и эпилептоидной характеропатии: первые начинаются в раннем периоде жизни, вторая – в более позднем. Ночное недержание мочи, инфекционные судороги, тики, спазмофилия: все это – патология либо предпочтительно, либо исключительно детского возраста, когда эпилептоидия еще не сформирована и более того – необязательно разовьется в будущем; известно лишь, что ее вероятность здесь значительно выше, чем в общей популяции. Но дети, страдающие эпилептоидными или преэпилептическими пароксизмами, часто обнаруживают то, что названо «органической психопатией» и описано многими авторами, полнее всего – Г. Е. Сухаревой. Эти дети могут быть слабы физически, худосочны, отличаются пониженным настроением, вялы или, напротив, беспокойны, неусидчивы, отвлекаемы, неспособны к сосредоточению. Их движение в сторону эпилептоидии (если таковое имеется) относится обычно к пубертату. В отличие от шизоидов, в это время замыкающихся в себе, сдающих на время или навсегда жизненные позиции, отстраняющихся и отстающих от сверстников, они, напротив, в это время «наверстывают упущенное»: крепнут, «осмелевают», «подравниваются», обзаводятся друзьями, делаются среди них влиятельны и авторитетны. Развитие собственно эпилептоидии идет вслед за этим и обнаруживается пожестчанием эмоций, нарастанием властности, педантизма и т. д. Отношения здесь в чем-то схожи с тем, что наблюдается в неврологической клинике: вначале звучат очаговые (resp. пароксизмальные) расстройства и им соответствует астенический ряд симптомов, затем фокальность сглаживается, утрачивает остроту, проходит, но развивается общемозговая симптоматика с инертностью, вязкостью, огрубением личности – своего рода отдаленный психоорганический синдром с брутализацией психики.

Если перейти теперь к материалу выборки, то можно сказать, что «чистых» эпилептоидов и у нас было мало – выявить же менее выраженные, более завуалированные разновидности того же исходного типа нам удалось и – учитывая малый объем выборки – в достаточно большом количестве.

1. «Типичные» эпилептоиды

Переходим к иллюстрациям. Семейный случай эпилептоидии, преимущественно брутальной: бабушка, дочь, сын, внук.

Набл.67. Женщина 55 лет. Ее мать – «волевая», властная, еще более вспыльчивая, чем наша обследуемая. Себя характеризует с детства замкнутой, обидчивой, боязливой и в то же время – «вспыльчивой как порох». Боялась отвечать у доски в школе, «терялась», волновалась, «начинало трясти», «в горле были спазмы», «из головы все вылетало». Была «малокровной», с частыми ангинами и «ячменями». До 10 лет неожиданные, ничем не провоцируемые «обмороки». Лет с 15–16 более уравновешена, прилежна, исполнительна, но по-прежнему отличалась чрезмерной впечатлительностью: могла потерять самообладание и «стать столбом», если ее «пугали» или «заставали врасплох». Так, однажды, когда она уже работала, ее неожиданно сфотографировали – она «забылась» и «лишилась дара речи». Работает с 15 лет: статистиком, потом бухгалтером. Замужем с 20, имела 4 детей, из которых двое умерло: один сын – в раннем детстве, другой – в 23 года от неизвестного прогрессирующего неврологического страдания. В годы войны потеряла мужа, осталась с детьми и матерью. Тогда сильно нервничала и расстраивалась из-за бытовых трудностей: в момент «расстройства» «выходила из себя», могла перебить посуду. Страдала в это время «общей дистрофией», фурункулезом, после войны – язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки с сезонными обострениями без явной рентгенологической картины;

несколько лет была ремиссия, затем обострение в 48 лет после смерти сына. С 40 лет приступы тяжелых головных болей, начинавшиеся в периоды месячных и продолжавшиеся до недели, в это время не выносила шума. После смерти сына – тяжелое состояние: «была сама не своя», падала, «билась в истерике», было постоянное чувство нестерпимой обиды. Месяц просидела на кладбище. Стала в это время «вздрагивать» без причины, появились тики, вдруг «остолбеневала» и не знала в этот момент, где она и что с ней происходит. Однажды не смогла сориентироваться возле своего дома. Ночами не спала, но засыпала днем, «над тарелкой» или среди работы; бывали и другие «отключения»: «вдруг нападала бестолковость: когда „смотрела на счеты, будто в первый раз в жизни их видела“». Тошнило от сильных запахов. Стала резко раздражительна, нетерпима к соседям, с которыми враждовала и прежде. От одного их вида «всю трясло», то же – от любой неожиданности: например появления в доме незнакомца. Одно время стала спокойнее, но 3 года назад умерла мать, и хотя она восприняла эту утрату не так трагически, как смерть сына, но все прежние расстройства вернулись с прежней силой. Из новых появились: ощущения жжения на коже головы («как кипятком шпарит»), болезненные сведения в ногах, повышенное влечение к соленому («если не поем селедки на ночь, всю ночь верчусь, не могу ни заснуть, ни заниматься чем-нибудь»). После выхода на пенсию почувствовала себя лучше. Живет в коммунальной квартире с семьей сына и дочери и с соседями, описанными в набл.19–21 и отнесенными к шизоидной группе. Сосредоточена на ссорах с ними, «самозабвенно» участвует во всех квартирных разбирательствах – неважно, по какой причине возник конфликт: кричит, прилюдно пьет валерьянку и пр… В действиях соседей постоянно видит провокации: они специально раздражают и выводят ее из себя, «все делают с ехидцей», «так и норовят задеть и оскорбить» – это касается более всего соседки, с которой она всю жизнь и во всем соперничает. Вместе с остальными членами семейства пишет на соседей жалобы, причем насколько голословны устные жалобы, настолько же «обоснованы», «подтверждены фактами» письменные. Характерно при этом, что, несмотря на постоянное «состояние войны», между обеими хозяйками существует своего рода негласный сговор о взаимовыгодном сотрудничестве в быту: не разговаривая, стуком в дверь, извещают, например, друг друга, что вскипел чайник; позволяют детям играть вместе (причем обследуемая неплохо относится с сыну соседки: может угостить его чем-нибудь – что не мешает ей в следующую минуту сорваться с места и броситься очертя голову в очередную ссору с его матерью).

Высокая, крупная, «жилистая» женщина. Голос жесткий, мужского тембра. Вначале держится настороженно: полагает, что врач пришел в связи с квартирным конфликтом, – затем быстро и верно оценивает ситуацию, делается вполне доступна, разговорчива, с увлечением и почти удовольствием описывает свои многочисленные жалобы и расстройства. Во время беседы возмущается, открыто плачет, тут же успокаивается – сохраняя при этом ясность ума и суждений: поведение носит характер игры и представления. В своих оценках (не касающихся квартирных ссор) суховата и трезва, но, когда чернит соседей, переходит всякие границы приличий и правдоподобия, откровенно наговаривает на них. Пытается использовать визит врача в кверулянтских целях: получить от него справку, что рак, от которого умерла мать, мог быть результатом толчка в грудь, нанесенного ей соседями. Настроение в течение дня очень изменчиво: с утра особенно раздражительна – тогда «трясет» по мелочам, но бывает и благодушна: хочется, чтобы все жили в мире, чтоб вокруг была веселящаяся молодежь – не прочь выпить в такие минуты. Любит своих детей и не мыслит жизни без них, но хорошо видит их недостатки и верно их оценивает (С).

В истории этой пожизненной болезни, врожденного патологического состояния хорошо прослеживается облегченный, «снятой» характер эпилептоидии как бледной копии «большой» генуинной эпилепсии: это касается и многочисленных пароксизмов, и личностных расстройств этой женщины. Приступы здесь удивительно полиморфны: впечатление таково, что болезнь, проиграв в глубине, взяла реванш в разнообразии. Это – вегетативные и мышечные феномены: тики, вздрагивания, общая «тряска», «остолбенения»,

«потеря дара речи»; «сосудистые спазмы», мигренеподобные головные боли с непереносимостью резких шумов и запахов; нарколептоподобные состояния (когда она «засыпает над тарелкой»); состояния с утратой ориентировки (достаточные сами по себе для отнесения случая к ларвированной эпилепсии); некая функциональная (?) патология водно-солевого обмена с влечением к соленому, имитирующая болезнь Аддисона; парестезии с жжением; аффект-эпилептические приступы с падениями и истероподобными судорогами. Общим для всех этих расстройств является их провоцирование внешними, неблагоприятными или неожиданными, обстоятельствами и усиление всех расстройств вкупе в условиях психогенной декомпенсации состояния в целом. Можно отметить «неглубокий» характер всех приступов без исключения: они затрагивают сознание лишь «поверхностно», никогда не генерализуются в большие эпилептические припадки и практически не амнезируются. (Кажется, только обмороки, имевшие место у больной в возрасте до 10 лет, обладали свойствами эпилептических: они ничем внешне не провоцировались, и больная при них падала и теряла сознание, но одни эпилептические обмороки, по-видимому, недостаточны для диагноза эпилептической болезни.) Соответствует этим «функциональным» особенностям приступов и характер личностных расстройств – тоже не достигающий глубины, грубости, «тотальности» изменений при большой эпилепсии. Она завзятая кверулянтка, всячески вредит своей соседке и обнаруживает в этом качестве завидный напор и неутомимость, но способна и взглянуть на вещи под иным углом зрения, с позиций здравого смысла; у нее есть юмор и скрытая ирония – качества, кажется, реже всего встречающиеся у настоящего эпилептика. Она то попустительствует своим врагам, то как бы спешит наверстать упущенное и наказать их вдвойне и втройне, что также не свойственно истинным эпилептоидам, никогда и никому не дающим потачек и послаблений. Иначе говоря, если это и латентная эпилепсия, то самая «щадящая», «доброкачественная», «краевая» по отношению к истинной epilepsia larvata.

(Разыскать историю заболевания ее умершего сына, равно как и собрать о нем более подробные сведения, не удалось: мать отказалась говорить о нем, и осталось не совсем ясным почему; она, впрочем, сказала, что ей до сих пор тяжело вспоминать об этой утрате. Заметим постскриптум легкую мужеподобность ее облика: явление при эпилептоидии нередкое – и столь же обычное бытовое пьянство.)

Набл.68. Женщина 34 лет, дочь описанной выше. Об отце не сообщается ничего примечательного. В детстве была домоседлива, имела одну близкую подругу, с остальными быстро знакомилась, но так же легко ссорилась. Любила читать, хорошо училась. Как и мать, предпочитала письменные ответы устным: не любила отвечать у доски, хотя вообще робостью не отличалась. Всегда была упрямой и своевольной. С 18–19 лет стала активней и общительней, чем прежде, «развязался язык», повсюду: в химическом техникуме, затем в лаборатории – было много подруг и знакомых, танцевала в самодеятельности. Замуж до 24 лет не выходила, чувствовала, что не сможет жить с «самостоятельным» мужчиной: не хотела подпадать ни под чье влияние. Вышла наконец за иногороднего, безропотного и во всем уступающего ей человека (набл.49), говорит о нем, что в ней больше «от мужика», чем у него. Когда он через год совместной жизни запил, выгнала его и стала хладнокровно ждать, когда он вернется с повинной: знала, что ему некуда деться. Работала 13 лет в контакте с органическими растворителями. В 26–27 лет стала чувствовать себя хуже: начались головокружения, головные боли, обмороки, непереносимость запахов, повышенная утомляемость; нашли анемию. После перемены места работы стала чувствовать себя лучше – сейчас сходные с прежними расстройства появляются лишь в периоды месячных: сильные головные боли, раздражительность, непереносимость шума; от голосов соседей тогда особенно «бьет как в лихорадке», в другое же время не обращает на них внимания. Мать и муж сообщают, что в последние годы она стала очень вспыльчива, «с плохими нервами». Раздражает «беспорядок», заставляет класть все «на свое место», настаивает на выполнении всех своих требований, даже самых мелочных: если, например, говорит, чтоб яйца сварили всмятку, то надо так и поступать – иначе у нее на весь день испортится настроение.

Становится все более безжалостной, крутой, решительной. Когда муж приходит домой пьяный и часами стучит в дверь, не открывает ему и испытывает, кажется, удовольствие от его стука, который выводит из себя соседей по лестничной клетке. Физически здорова и ничем, кроме простуд, не болеет.

К визиту врача отнеслась вначале как к развлечению, затем посерьезнела, выставила мужа за дверь, отвечала на вопросы врача точно, лаконично. Держится и с врачом властно, уверенно. О сыне рассказывает объективно и суховато, говорит о его расстройствах, не стесняясь его присутствия; о матери сказала, с оттенком превосходства, что та спрашивает советов у других, она же, как когда-то ее *бабка,* «не спрашивает ни у кого, как ей поступать». Крупного сложения, с растительностью на верхней губе (С).

В данном случае на первом плане – брутально-эпилептоидные черты с властностью, деспотизмом, педантизмом и пр., существующие едва ли не с детства и с возрастом лишь усиливающиеся. Характерна рано проявившаяся склонность к доминированию – почти физиологическая потребность эпилептоидов. сужающая круг их возможных брачных партнеров: они ищут уступчивых, податливых исполнителей их воли и потом «коварно» жалуются на безволие и отсутствие «мужского» начала в своих избранниках. Отношения этой женщины с мужем носят сугубо эпилептоидный характер «сожительства-изгнания», «изживания-терзания жертвы», «войны до победного конца и морального уничтожения противника». При этом предусмотрительно соблюдаются приличия и «правила игры», позволяющие представить «перед лицом общественности» во всем виноватым мужа. Мать говорит, что она «ест мужа поедом», и, если тот уйдет, ее потребность «грызть» окружающих обратится на кого-нибудь другого.

Астенические расстройства и здесь идут рука в руку с вегетативными, но выражены они в меньшей степени. В детстве они едва намечены: она не любила выходить к доске, где у нее возникали неприятные симптомы напряжения. Очевидными эти жалобы делаются в 26–27 лет, на фоне производственной интоксикации и вызванной ею анемии: резкие мигренозные головные боли с гиперакузией, «дрожь и тряска» при ссорах с соседями (этот последний феномен, описываемый как: «всю трясет», «бьет как в лихорадке» и т. д. – особенно част среди лиц этой категории). Перемена места работы улучшила на время состояние, но в последние годы та же симптоматика возникает уже без видимых внешних причин, усиливаясь в период месячных. Теперь она тесно связана с эпилептоидной характеропатией и ее конституирует: огневая возбудимость, взрывчатость, дисфории естественным образом вплетаются в ткань психопатии и становятся «постоянными чертами личности».

(Отметим и здесь крупное сложение и гипертрихоз верхней губы: эти телесные «черточки» привязывают се личностную патологию к некоему «соматоэнцефалозу», который, не лишая ее ответственности за свои поступки, в какой-то мере снимает с нее вину, реабилитирует ее – если не перед близкими, то перед «психиатрическим Судом вечности».)

Набл.69. Мужчина 28 лет, брат описанной выше. Родился в срок, развивался правильно, был, со слов матери, «очень озорной и общительный». В 6 лет – кератит с угрожающим прободением роговицы. Болезнь считали следствием недоедания и в течение трех лет лечили в общеукрепляющих санаториях – воспалительные явления стихли, но осталась непереносимость яркого света. В армии был рецидив с резью в глазах – лежал в госпитале, был освобожден от стрельб. В школе учился средне, ленился. После 7 классов пошел учиться на токаря, но после армии, в связи с глазной болезнью, переменил профессию, стал геодезистом. Регулярно выпивает. Пьяный (со слов соседки) «необуздан», «не дает пройти», «станет в коридоре и с ухарским видом ждет», когда пожилой сосед-художник пройдет мимо: чтоб толкнуть его – хотя утверждает всякий раз, что тот задел его первый. Дважды задерживался милицией и осуждался на 15 суток (?) за хулиганство на улице. Предельно эгоистичен: «все для себя», любит красивые вещи, обставил за счет матери свою комнату новой мебелью, в то время как остальная семья довольствуется старой. Женился 2 года назад, жена миловидная, но отличается детскостью, «бездельница», внешне во всем ему

подчиняется, но ничего по дому не делает: ссылается на головные боли, «не может» рано вставать, убирать места общего пользования; он попустительствует этому и поддерживает ее, несмотря на недовольство сестры; имеет особое влияние на мать и через нее добивается в семье преимуществ.

Рослый, мускулистый, с большой головой, относительно короткими ногами. Врача встретил неловко и нехотя, ходил взад-вперед по комнате, брался за одно, другое, раздражался, ответы давал принужденные, демонстративно односложные, безразличные и часто явно не соответствующие действительности. Сказал, что характер у него «сносный», а у жены «если и есть нервность, то самую малость» – беседа быстро закончилась из-за его явной неоткровенности и нарастающей враждебности. Когда добился своего и врач от него отступился, «сменил гнев на милость», заулыбался, оживленно обсуждал у себя в комнате с женой комическую сторону обследования, приветливо ухмыльнулся врачу на прощанье (С).

В данном наблюдении большую роль играет алкоголизм, который (как всегда в таких случаях) выявляет и усиливает симптомы эпилептоидии, и прежде всего– и без того свойственное ей расторможение влечений. Алкоголь производит такое действие как в состояниях острого опьянения (когда этот молодой человек делается особенно агрессивен, «дает волю рукам», попадает в поле зрения милиции), так и в более отдаленной перспективе – вследствие хронической алкогольной интоксикации. Характерно, что и пьяный он сохраняет патогномоничное для эпилептоидии стремление выглядеть всегда правым, выставлять себя в качестве не наступательной, а оборонительной стороны, восстанавливающей поколебленную справедливость: начинает ссоры, инициирует физические столкновения будто бы не он, а нарочно задевающий его старик-сосед. Обман здесь только частичный – лицемерие эпилептоида занимает лишь верхние этажи его сознания, в подвалах же его он и вправду верит в правоту своей карающей миссии: в данном случае в то, что старик провоцирует его своим высокомерием и пренебрежением и что таких людей необходимо при первой возможности учить и наказывать. Этот молодой человек, хотя и попадал в поле зрения правоохранительных органов, действует вовсе не слепо и безоглядно – он неплохой дипломат, что явствует хотя бы из того, что в этой семье, состоящей сплошь из властных и притязательных лиц, он всех обходит и добивается для себя особых выгод и преимуществ. Он использует для этого материнскую слабость и вызывает тем законное недовольство и противодействие сестры, что должно породить (если уже не вызвало) конфликт на семейном уровне. Астенического и пароксизмального ряда расстройств здесь нет. кажется, вовсе, но зато имеется персистирующий воспалительный процесс роговицы: замечено, что эпилепсии свойственно сочетаться с проявлениями иммунной недостаточности, также наследственной (см., например, у О. А. Васильевой); у матери последняя проявилась, возможно, в фурункулезе, у его покойного брата – в неизвестном и быстро прогрессирующем заболевании нервной системы. И здесь отмечена диспластичность телосложения.

Далее внук, сын дочери:

Набл.70. Мальчик 9 лет, мать описана в набл.68, отец – в набл.49. Родился в срок, ходить стал с года, говорить – с двух. Вначале будто бы произносил слова правильно, затем – хуже. В 2 года обнаружили дефект межжелудочковой перегородки сердца – с тех пор дважды предлагали операцию. В первые годы жизни – «нервный», неусидчивый; сейчас стал спокойнее, но по-прежнему чрезмерно впечатлителен, тяжело переносит пьянство отца и связанные с ним семейные отношения. Может обидеться «из-за пустяка»: так, когда тетка «в шутку» назвала его иным именем, без конца повторял: «Я человек, у меня есть имя». С другой стороны, ко многому относится безразлично – к тому, например, что до сих пор почти каждую ночь мочится в постель. В школе в первом классе, подготовленный матерью, учился хорошо, теперь во втором – хуже, «ленится». Стал «хитрить», скрывает положение школьных дел от матери, может соврать. Уроки быстро «надоедают», но может часами играть с соседским мальчиком в солдатики. Неразлучен с ним, с другими детьми общается меньше, неразговорчив, но в дворовых играх участвует: особенно любит футбол и играет в

него, несмотря на запрет матери.

Предоставленный себе, молча сидит в углу, продолжает спокойно заниматься своим делом. На вопросы, обращенные к нему, отвечает односложно, оставляя некоторые из них без комментариев, дожидается, когда за него скажет бабка. Дефекты речи: не выговаривает многие сочетания звуков. Физически слаб, вял, медлителен, с ограниченной подвижностью из-за легко возникающей одышки. «Сердечный горб» (С).

В этом случае необходимо, конечно, учитывать тяжелое сердечное заболевание, а в отношении психического предрасположения – то, что отец описан выше как шизоид с хронической субдепрессией и симптоматическим пьянством. От органико-эпилептоидного круга расстройств здесь ночное недержание мочи и дефекты речи; возможно, наследственное отягощение усугублено врожденной патологией сердца (которая, в свою очередь, может быть следствием единого наследственного порока, лежащего в основе всего семенного страдания).

Случай брутальной эпилептоидии.

Набл.71. Женщина 45 лет. Москвичка. Отец – рабочий, в молодости – религиозный сектант, в последующем отошел от секты, был «мягкий, общительный, спокойный»; выпивал. Мать (все в оценке обследуемой) «мягкая».

С детства – физически развитая, крепкая. Училась посредственно и недолго. С 12 лет начала работать парикмахером. Месячные с 22 лет (годы с 16 до 20 пришлись на войну). Была на фронте, два года – на передовой. С этих лет раздражительна, вспыливает по незначительным поводам, с того же времени выпивает. По характеру всегда была «задиристая», бесцеремонная, насмешливая. В 23 года вышла замуж и через месяц ушла от мужа: не захотела подчиняться свекрови. Вскоре сошлась со вторым мужем, нынешним. В домашней жизни, в отношениях с соседями – сплетница, любительница позлословить, живо интересуется всем вокруг, завистлива. Успехи соседей воспринимает как личную и нестерпимую обиду: сильно и долго ругалась, например, когда узнала, что соседи строят сыну кооперативную квартиру. В постоянной ссоре с ними: везде где можно клевещет на соседку, с которой вместе работает. Постоянно в движении, готова ежеминутно вступить в пререкания, неусидчива. Ежедневно выпивает с мужем, которого тоже любит «уколоть», вывести из равновесия.

Рослая, высокая, мускулистая, с блестящими глазами, с размашистыми, уверенными движениями, грубоватым голосом, безапелляционным тоном. Часто смеется среди разговора – речь быстрая, оживленная, с постоянным напором эмоций. Всячески чернит соседку: называет ее «раскулаченной» (что не может быть правдой хотя бы потому, что ни та ни ее семья никогда в деревне не жили), дает ей голословные, все время меняющиеся и невыразительные клички: «дубовая», «ехидна» и т. д… С удовольствием говорит неприятные вещи и мужу, охотно напоминает ему о том, что он нерусский (мордвин). Выглядит при этом неглупой, сообразительной, быстро схватывает суть ситуации, ведет беседу соответственно этому, «несерьезно», ни к чему не обязывающим образом, «не отвечает за свои слова», использует случай, чтобы лишний раз обругать соседку и задеть мужа (С).

И у этой женщины примечательны постоянный кверулирующий напор, властность, непереносимость чьего-либо авторитета, моторная расторможенность – равно как и высокая подвижность мыслительных процессов, которые, однако, все время «вертятся» вокруг одних и тех же тем: злословия и вербальной агрессии в отношении ее «врагов» и мужа, к которому она тоже стоит в привычной и воинственной оппозиции. Алкоголь развязывает ее влечения, но алкоголизм является здесь, как и в предыдущих и других сходных случаях, симптоматическим по отношению к фоновой психопатии. Характерен «обличающий», гиперсоциальный характер ее нападок на соседку, граничащих с клеветническими наветами: невинные по своим последствиям, они используют ту же фигуру «общественного врага», что и всякое другое эпилептоидное доносительство. Эпилептоиды, как известно, любят истину и готовы страдать за нее – она и про своего мужа говорит правду, которую трудно оспаривать:

он действительно мордвин и, возможно, в самом деле говорит с акцентом (врач этого не заметил, но она, может быть, специально чувствительна к его произношению).

Далее – случай, описанный невольно кратко: я попал в эту семью в разгар пьянства сына этой женщины, в пылу разбирательств по поводу проданного им плаща (см. набл.172, 193, 194) – им всем было тогда не до меня и не до психиатрического освидетельствования. Во второй мой приход сын, напротив, уже неделю как не пил и меня, чтобы я не нарушил его шаткого душевного равновесия, наскоро выпроводили из квартиры. Я все же успел урывками собрать сведения, показавшиеся мне достаточно убедительными.

Набл.72. Женщина 54 лет, русская из Рязанской области, неквалифицированная рабочая, вдова. Всегда отличалась раздражительностью и вспыльчивостью. Смолоду беспокоил плохой сон и частые головные боли. Всегда была «злая», требовательная: ей нельзя было перечить, выходила из себя; черты эти обострились в климактерический период. Сама связывает ухудшение своего состояния с домашними ссорами, враждой с невесткой, которую «ненавидит»: в ней все раздражает, а всего более – ее природная беспечность и «распущенность»: та держится независимо, не хочет ни в чем идти ей навстречу, «хозяйничает» дома; от одного ее вида обследуемую «всю трясет». Обвиняет ее в пьянстве сына, та же возвращает ей упрек, говорит, что он пьет, «оттого что У него такая мать», от чего у обследуемой «мутится в глазах», ее охватывает бешенство, она «убить готова» невестку. Неохотно беседует с врачом – речь производит впе-?35чатление скудной, отрывистой. Более разговорчива и откровенна в общении с соседками: постоянно жалуется им на невестку и всячески ее чернит – «не знает другого разговора», «всегда помнит» о семейном конфликте. Врачи находят общий атеросклероз, связывают с ним ее нервность, но сын говорит, что она «всегда была такая, сейчас только хуже стала» (С).

Еще несколько случаев преимущественно брутальной группы вкратце.

Набл.73. Женщина 28 лет. Характеризуется всеми «склочной», любит злословить. В беседе выглядит оживленной, наговаривает на соседей по квартире, сообщает разного рода подробности их жизни, «присочиняет» по ходу разговора, «импровизирует». О себе почти ничего не сказала. Отношения в квартире самые напряженные (С?).

Набл.74. Женщина 57 лет, в прошлом квалифицированная рабочая. Всю жизнь была склонна кляузничать, интриговать, любила поссорить соседей, наговорить одним квартирантам на других, потом отказывалась от своих слов. Была энергичная, хозяйственная, быстрая в движениях – только в последние 2 года «начала сдавать»: врачи находят общий атеросклероз (С).

Набл.75. Мужчина 36 лет, рабочий. В детстве было ночное недержание мочи. До молодого возраста был очень подвижной, возбудимый, вспыльчивый, драчливый – в последующем стал спокойнее, уравновешеннее, но все равно: «с ним лучше не спорить – сделает по-своему». Регулярно выпивает: «без вина не может». После учащения пьянства делается особенно раздражителен (С?).

Случай более редкой «дефензивной» эпилептоидии – довольно, на наш взгляд, демонстративный.

Набл.76. Мужчина 39 лет. Москвич, русский. Отец – краснодеревщик, «строгий, но заботливый», работящий, умер в 64 года, страдал стенокардией; мать была «ему на пару», «такая же трудолюбивая». Было два брата: один умер в 44 года от инфаркта миокарда, другой – однояйцовый близнец, коротко описанный ниже.

Родился в срок, имел при рождении вес 3,2 кг. В детстве и молодые годы был неразлучен с близнецом, очень на него похожим, никогда с ним не ссорился. Оба плохо говорили до 8 лет, объяснялись между собой на особом, придуманном ими языке. В связи с речевым отставанием оба пошли во вспомогательную школу, занимались у логопеда – после двух лет занятий стали говорить лучше. В 11 лет, с началом войны, оба пошли работать, были учениками у отца. С 12 лет обследуемый увлекся техникой, мечтал стать шофером. По-прежнему все время проводил с братом: даже на свидания ходили вдвоем к сестрам-близнецам, тоже очень похожим друг на друга. Вместе служили в армии и, если

одного за провинность сажали на гауптвахту, то другой в знак солидарности добивался того же. Пути их разошлись после демобилизации: обследуемый пошел учиться на водителя троллейбуса, а брат остался столяром и вскоре женился.

Еще в молодые годы отличался «сознательностью», с повышенной ответственностью относился к работе, к общественным поручениям. Если машина была неисправна, не доверял ее технику, сам рано утром приходил чинить ее. На протяжении многих лет – секретарь профкома троллейбусного парка: занимается этим не из тщеславия, но чтобы помочь сотрудникам, чувствует свою ответственность перед ними. Женат с 25 лет, в семейной жизни предельно послушен, уступчив, жена обращается с ним, в каких-то отношениях, наравне с сыном. Очень большое значение придает тому, что она с высшим образованием, врач, – постоянно помнит о разделяющей их дистанции и, чтобы хоть отчасти ее уменьшить, кончил вечернюю школу и учится в техникуме.

10 лет назад, не по своей вине, наехал на ребенка, нанеся ему тяжелые увечья. Непосредственно после происшествия был резко бледен, помогал вытаскивать мальчика из-под троллейбуса, в отделении милиции – глубокий обморок. Во время разбирательства «ходил сам не свой», не спал, «нервы были на пределе»; потом осталась «моральная тяжесть», остро жалел пострадавшего. Страха перед работой не было – напротив, мечтал поскорее «сесть за баранку», тяготился вынужденным простоем.

Считает, что меняется в последние годы: стал стеснительнее и чувствительнее – раньше был «боевее». Сейчас его ничего не стоит разжалобить, дает деньги нищим; его «прошибает слеза», когда он смотрит телевизор; расплакался и не мог остановиться, «по-настоящему» рыдал при посещении братской могилы во время рядовой экскурсии. Когда смеется с сыном, тоже не может иногда прервать смех – хотя он становится неприятен жене и она делает ему в связи с этим замечания. Совершенно не в состоянии обходиться без газет, чтение их стало для него настоятельной и неотложной потребностью: даже когда возвращается домой поздно ночью, должен прочесть всю газету от начала до конца – иначе не уснет. В последнее время – частые головные боли.

В беседе податлив, послушен, внушаем, отвечает на все вопросы без исключения – даже не справился о причине врачебного визита. Об окружающих склонен говорить в восторженных тонах: теща «замечательная», соседка замечательная тоже. Не выглядит при этом эйфоричным, но говорит скорее с ноткой грусти, с «меланхолической проникновенностью» и одухотворенностью. Астенизируется в беседе: делается все более сентиментален, растрогался, «расчувствовался» – затем вовсе смешался и умолк от волнения, беспомощный и «потерянный» (С).

(Близнец родился с весом 1,2 кг, о нем думали, что он не будет жить, но он в 15 мес. сравнялся с обследуемым в росте и весе. Братья всегда были схожи характерами – в последнее время тот тоже меняется, но несколько иначе: становится все более вспыльчивым и раздражительным, что брат связывает с неблагоприятной домашней обстановкой: жена любит уходить из дому, а он остается с ребенком и занимается хозяйством.)

Это описание близко к дефензивной эпилептоидии старых авторов. Сущность последней – в особого рода самоуничижительной экзальтации, овладевающей психикой и готовой каждую минуту вылиться наружу, в подвижничестве (не столько деятельном, сколько декларативном, словесном, восторженном, проповедническом). В век Ф. М. Достоевского такая настроенность естественным образом сливалась с утрированной религиозностью – в годы, когда проводилось исследование, церковь была не в чести, ее место в какой-то мере заняли властные структуры. Для эпилептоидов, с их врожденным конформизмом и гиперсоциальностью, эта, внешняя, сторона дела имеет самое существенное значение – естественно поэтому, что чувства их рядились в то время в другие одежды и общественное рвение проявлялось в иных, хотя тоже общепринятых, поведенческих рамках. Говоря иначе, наш обследуемый, вместо того чтобы стать Алешей Карамазовым или церковным старостой, сделался образцовым секретарем профкома. Не следует преувеличивать размах и объем его благотворительности, которая в таких случаях носит

почти символический, условный, если не «показной», характер. Первичен и абсолютен здесь сам экстаз – он провоцируется зрелищем чужой боли и страданий и, «преодолевая» его, парадоксальным образом движется далее к своей следующей фазе – картине всеобщей радости, обновления и слез счастья, где такой эпилептоид чувствует себя едва ли не главной движущей силой космического процесса и в конечном итоге – центром мироздания. Этот человек легко плачет при просмотре мелодрам или посещении братских могил не потому, что так остро жалеет тех или иных частных лиц, а оттого, что подобное зрелище служит ему пусковым механизмом его любимого состояния души, аффективного пароксизма, каждый раз одинакового, совершающегося с определенной последовательностью, независимо от причины, его непосредственно вызвавшей.

Соответственно этой сочувственной, сострадательной аффективной доминанте, этот человек не властен и не деспотичен, как брутальный эпилептоид, но напротив – демонстративно покорен, подчиняем в семейных отношениях, не алчен, но принципиально бескорыстен, раздает милостыню и т. д.

В этом наблюдении, как и в других случаях дефензивной эпилептоидии, прослеживаются и черты, роднящие ее с основным, брутальным вариантом. Это прежде всего – педантизм, гиперсоциальность, красной нитью проходящая через все сознательное бытие этого человека, рабское следование стереотипу вещей, привычек, внешнему порядку, букве закона и газеты (она воспринимается такими лицами как ежедневный циркуляр, издаваемый властными органами для принятия всеми прочими к руководству и к сведению). Из пароксизмальных и «органических» расстройств здесь: глубокий и длительный «обморок» после психотравмы, долгое отставание в речевом развитии – слишком грубое, чтобы его отнести за счет одной близнецовой специфики, и легкий налет пограничной, «простодушной», дебильности, сближающий подобные случаи с олигофренным полюсом патологии.

В движении этой психопатии во времени можно отметить два ряда фактов. С одной стороны, приближение этого типа к брутальному эпилептоидному варианту, выражающееся в усилении педантства, в появлении дисфорических и морализирующих нот – проявившихся, например, в его осуждении невестки; с другой, и как бы параллельно этому – нарастание раздражительной слабости с почти органическим «недержанием аффектов»: его смех и слезы приобретают неуправляемый характер и не случайно так раздражают супругу-доктора. Можно напомнить здесь, что различают насильственный плач двух видов: один – тот, что наблюдается при двухсторонних корковых очагах в клинике псевдобульбарного паралича, второй – будто бы наблюдающийся при определенных поражениях зрительного бугра и гипоталамической области (см. сводку у Г. А. Машановой с соавт.). При первой, более грубой, форме имеют место собственно насильственный плач и смех, при второй, более мягкой – «неспособность остановиться», закончить смех или плач, изначально адекватный обстоятельствам; в нашем случае имеет место нечто сходное с этим последним вариантом. Говоря иначе, движение эпилептоидной психопатии здесь сохраняет и на своих отдаленных этапах сходство с прогрессирующим неврологическим страданием – конечно, в виде его бледной, «снятой», «функциональной» тени.

Далее его сын:

Набл.77. Мальчик 12 лет, сын предыдущего лица. Мать спокойная, выдержанная, ничем психопатологически не примечательная. Родился в срок, с весом 2,5 кг, быстро набрал весовую норму. С детства непоседливый, неусидчивый. После кори в 6 лет резкие и неожиданные приступы головных болей, во время которых бросал то, что держал в руках, бледнел, плакал, звал на помощь. Помогали грелки на голову: засыпал после них на 2–3 часа. В течение трех лет такие приступы были частыми, возникали после «волнения», не ходил из-за них в кино. В детском саду его в наказание заперли в чулане – после этого начал заикаться. Заикается при волнении и теперь – стеснителен, застенчив, легко краснеет. Со знакомыми общительный, доверчивый, непосредственный. Мать считает, что он медленно взрослеет, хотя по-своему смышлен и в умственном отношении достаточно развит: в нем, с

ее слов, «слишком много детства». По-прежнему чересчур подвижен: в школе начинает «крутиться» уже на первом уроке Увлекается подвижными видами спорта, приходится запрещать посещение секций, где он «все забывает» и «пропадает до вечера». При переутомлении и если долго не ел – головные боли, такие же, как прежде; во сне дергает ногами.

Бойкий, верченый, без заметной стеснительности; послушно и коротко отвечает на вопросы, ничем внешне не примечателен (С).

У мальчика – характерные приступы головных болей: острых, пронзительных, ланцинирующих – с побледнением лица, отшвыриванием того, что было в руках, часто завершающиеся непреоборимым сном; а также: заикание, мышечные разряды и движения во сне, дневная гиперкинезия и, возможно – отмечаемая матерью задержка в эмоциональном развитии.

Еще один (вкратце) случай преимущественно дефензивной эпилептоидии с вязкостью, торпидностью и психастеническими чертами.

Набл.78. Мужчина 43 лет, рабочий, русский. С детства медлителен, нерасторопен, немногословен, стеснителен. Краснел у классной доски и в других ситуациях, когда находился в центре общего внимания. Очень любил природу, был готов проводить целые дни у реки, в лесу и сейчас регулярно ездит на рыбалку. В последнее время все больше «интересуется политикой», что выражается в ежедневном и пристрастном чтении газет, которые ждет с нетерпением: новости из разных стран воспринимает как свои собственные. Ревнует жену; в домашних отношениях неразговорчивый, жесткий, молча сердится и стоит на своем, злопамятен. При посещении врача предоставляет ей вести беседу, сам говорить избегает: не то «стесняется», не то «важничает»; речь короткая, уклончивая, ответы звучат витиевато. Избегает смотреть на врача: лишь иногда глядит в его сторону – мельком и как бы украдкой. О себе так ничего и не рассказал (С?).

Эпилептоиды-психастеники, психастеники с органикоподобной медлительностью и вязкостью аффектов и мышления, отличающиеся сочетанием робости и упрямства, легко и густо краснеющие, молчаливые, ревнивые, увлекающиеся «политикой», любители газет – составляют, по-видимому, особый подвид «органических психопатов», на котором мы не можем здесь останавливаться.

2. Органическая детская невропатия

Приведем данные о патологии этого рода, выявленной в выборке. Сюда отнесено 12 случаев: 10 мальчиков и 2 девочки (подобное соотношение полов отмечается во всех популяционных исследованиях). Ночное недержание мочи отмечено у 3 лиц, обмороки и состояния типа аффект-эпилептических у 3, снохождение и сноговорение – у 6, заикание и невротические расстройства речи у 4, тики, «вздрагивания», «передергивания» у 4, «испуги с последующей невротической фиксацией» у 3, «бред» при высокой температуре у 3. Дети отличались пониженным питанием, бледностью, плохим аппетитом; у них часто бывали головные боли, у двоих носившие мигренозный характер. Они были вялы, пассивны или, напротив, двигательно расторможены, учились хуже среднего. Говорить о сформировавшейся психопатии, учитывая их возраст, было преждевременно. Распространенность названных феноменов в детском населении мужского пола суммарно достаточно велика: 10 из 44 лиц до 17 лет включительно, или 22,7+4,1 %; у девочек она существенно ниже: у 2 из 45 в той же возрастной категории.

Приведем краткие иллюстрации:

139*Набл.79.* Мальчик 8 лет. Отличался ранней нервностью. В 3 года «испуг» с судорогами, в последующем – заикание, тики. Последние прошли и повторяются теперь лишь при высокой температуре: тогда бывают также галлюцинации, ночное недержание мочи. Стеснителен и обидчив. Левша (С?).

Набл.80. Мальчик 12 лет. После того как увидел страшный фильм по телевизору, от 3

до 7 лет были кошмары по ночам, пугался, соскакивал с постели, бежал куда-то. Лечился у невропатологов – эти явления прошли, повторяются теперь лишь при высокой температуре. Упрямый, выглядит «солидным», обстоятелен в ответах. Держится уверенно, много друзей, среди которых влиятелен (Д).

Набл.81. Мальчик 12 лет. С 6 до 9 лет, после кори были приступы тяжелых головных болей с побледнением – сейчас они случаются лишь изредка. Заикается после «испуга». Непоседливый, верченый (С?).

Набл.82. Девочка 4 лет. В течение жизни отмечены 4 приступа, при которых она падала, синела, не откликалась в течение некоторого промежутка времени. Не выговаривает ряда букв. Об интеллектуальном развитии судить трудно (С?).

Набл.83. Мальчике лет. Страдает ночным недержанием мочи, беспокойным сном с повторяющимися страхами, может встать среди ночи – об этом не помнит. Обидчивый, несдержанный, верченый (С?).

(Описано 20 % лиц выборки.)

Набл.84. Девочка 12 лет. Жалуется на головные боли – особенно в весеннее время, врачи говорят о повышении внутричерепного давления. Вспыльчивая, раздражительная, одновременно – стеснительная, «угловатая». Учится плохо (С?).

(Многие их этих случаев, естественно, нуждаются в дообследовании – с головными болями в особенности. Диагноз «органической психопатии» неизбежно носит самый ориентировочный, предварительный характер. В этой группе возможно наличие текущих органических заболеваний мозга: сходство или даже внешнее тождество клинических явлений, как известно, не исключает и не противоречит их возможной причинной разнородности.)

3. Шизоэпилептоидия

Термин шизоэпилептоидии как варианта психопатии применяла в нашей литературе, кажется, одна Е. Н. Каменева1, хотя психопатов, черпающих свою симптоматику из обоих источников, шизоидии и эпилептоидии, описывали многие авторы. В 30-х годах тема шизоэпилепсии была популярна среди отечественных психиатров, но речь шла о психозах: мы уже касались этой темы выше. Е. Н. Каменева упомянула и о психопатах-шизоэпилептоидах, соответствующих на своем уровне шизоэпилептическим психозам: «Этому единому интермедиарному процессу может соответствовать и единая шизоидно-эпилептическая конституция, в которой заложена готовность как к тем, так и к другим проявлениям». Для популяционных работ эта идея (как и всякая другая, устанавливающая связи между «разными» патологиями) оказывается весьма плодотворна, поскольку позволяет классифицировать смежные случаи, занимающие пограничное положение между «чистыми» группами. От шизоидии такие психопаты заимствуют «инакость» мышления, «идейный» оппозиционизм в отношении к обществу и т. д., от эпилептоидии – неистощимый моторный и аффективный заряд, способность к объединению с людьми и тягу к руководству ими, искаженную вследствие влияния шизоидного начала гиперсоциальность. Из этого материала лепятся, с одной стороны, фанатики, графоманы, «преследуемые преследователи», патологические мошенники и «природные бунтари», с другой – лица, оставившие яркий след в истории (что не мешает им пребывать какое-то время или всю свою жизнь в первом из названных качеств). В нашей выборке мы гениев не выявили, но число психопатов, соединяющих в себе черты шизоидии и эпилептоидии – в виде ли единого цельного блока или своего рода «смеси симптомов», было не меньше, чем «чистых шизоидов и эпилептоидов в отдельности».

Мы уже описывали подобных больных или «аномалов» в разделе шизофрении. У них вялотекущий или латентный шизофренический процесс вначале как бы проявлял и высвечивал, а затем – искажал, «окарикатуривал» проявления сопутствующей и более ранней эпилептоидии. Последняя в части случаев существовала как бы вне

шизофренического процесса и не была как будто бы связана с ним генетически: так же могли обостряться, шаржироваться другие «фоновые» психопатии: психастения, истерия и т. д. Таков, например, графоман из набл. 38. «воюющий» со своей соседкой. Нарастающая картина дефектной шизоидии видоизменяет свойственные эпилептоидии склочность, мелочную придирчивость, сутяжничество: последнее теряет свое обычное имущественно-материальное содержание и деградирует в тотальную, «принципиальную» и бессмысленную войну с обществом, со всем и всеми. Мальчик из набл.45, который после чересчур правдивого разоблачения одноклассника вступил в конфликт со всем классом и постоянно кверулирует и чернит товарищей, тоже эпилептоиден, но диагностические «колебания» решаются и у него наличием стертой шизофреноидной симптоматики – хотя и проявляющейся на субклиническом уровне. Заметим еще раз, что в обоих случаях не было изменений речи и мышления, характерных для обычных латентных и вялотекущих форм шизофрении, – речь у того и другого была гладкая, обстоятельная, мимика – выразительная, «полнокровная» и т. д., словно больные этой смешанной патологией, с предсуществовавшей, сформировавшейся до выявления латентной шизофрении эпилептоидией, обладали неким иммунитетом, были застрахованы от некоторых издержек скрытого шизофренического процесса.

В других случаях шизоэпилептоидия изначально выглядела более цельной, «спаянной», проявления ее были более мономорфны, неразложимы на фон и процесс, на составные части, но и здесь подспудный болезненный процесс вначале, кажется, «эпилептоидизировал» и лишь затем – «шизоидизировал» психику.

Ниже – семейный случай: отец – сын. Оба представляют собой трудности для альтернативной диагностики: эпилептоидии или шизоидии. Введение промежуточных типов, не снимая проблемы в целом, позволяет приблизить диагноз к реальности.

Набл.85. Мужчина 43 лет. Его отец – видимо, шизоидного склада, «чужой среди своих», безразличный к семье. Себя обследуемый характеризует спокойным, несколько флегматичным, «не особенно разговорчивым». С детства любил собирать радиоприемники и до сих пор этим занимается. В школе предпочитал точные науки гуманитарным. В 16 лет пошел добровольцем на фронт – там тоже отличался немногословием и сдержанностью. Попал под обстрел, выплыл на обломке корабля, вскоре вновь попал на тральщик, продолжил службу и большего страха, чем прежде, не испытывал. Товарищи всегда были, но неблизкие: из тех, с кем сталкивала жизнь, и только на это время – потом связи с ними не поддерживал. На заводе разговаривал с людьми только в перерывах, в свободное от работы время, то же – во дворе: когда гулял, например, с ребенком; обычно же был всецело поглощен работой или иными делами и уходил от общения. После демобилизации работал радиомонтажником, бригадиром, кончил курсы мастеров, сейчас руководит мастерской. Женат в течение 18 лет. Жена описывает его как человека неразговорчивого и часто сумрачного. Всегда был ревнив, но молча. Изредка это безмолвие обрывалось – тогда устраивал жене «безобразные» сцены, дрался. В последние годы – импотенция. С 35 лет неясные сердечные боли, неоднократно обследовался по этому поводу – всякий раз интенсивность жалоб заставляла врачей помещать его в больницу, но на ЭКГ и при других объективных обследованиях «ничего не находили». Обострения приходились на весну и осень, был в это время мрачнее обычного, подавлен, озабочен и удручен своим состоянием. В последний раз в Институте терапии сказали, что он «очень нервный». Лечится неравномерно: то начинает ходить по врачам, то теряет интерес к лечению, не является на назначенные процедуры, перестает соблюдать диету (по поводу гастрита). Когда не занят мыслями о здоровье, возвращается к радиолюбительству: «всю жизнь одно на уме», по словам жены. В последние годы заметно меняется: прежде был более отчужден и обособлен, теперь как-то «внутренне обмяк», больше времени проводит с детьми, «дружит» с сыном, также радиолюбителем: вдвоем мастерят радиоприемники. Остается столь же неразговорчив, что и раньше, но пьет больше прежнего.

В общении мрачноват, тяжеловесен, говорит растягивая слова, с неким внутренним

напряжением; движения замедленные, вязковатые, иногда – скованные. Рассказывает о себе лаконично, не вполне объективно – тон, независимо от содержания высказываний, пессимистический. Кое-что: в частности ревность и импотенцию – скрыл. Жалуется на «нервность» – особенно в последнее время, после перемены места работы: принимает все чересчур близко к сердцу, стал более «мнителен» и тревожен, предполагает, что начальство относится к нему недоброжелательно, боится невыполнения плана (С).

Набл.86. Юноша 17 лет, сын предыдущего лица. Мать, прежде спокойная, общительная, в последнее время «невротизирована»: вначале – импотенцией мужа, затем – развившейся у нее гипертонией, которую врачи «считают почечной»; надлежащим образом не обследовалась.

Роды с щипцами. В детстве «слабенький», не переносил вида крови, падал в обмороки. Мочился по нескольку раз за ночь, хотя мать поднимала его через определенные промежутки времени; с годами недержание мочи стало реже, окончательно прошло лишь недавно. Долго грыз ногти. Не смог привыкнуть к детскому саду, безутешно плакал – его перестали туда водить. Дома – послушный, привязчивый, охотно играл во дворе, но обычно с одними и теми же детьми, числом не более двух-трех – такими же спокойными, как он сам. Учеба давалась легко, но при повышенных нагрузках, особенно во время экзаменов, возникали тупые головные боли. Дома занимался мало, хотя в классе всякий раз волновался, что недостаточно выучил урок, боялся, что вызовут. Увлекается радио, собирает радиоприемники.

С середины 10-го класса «посерьезнел». Вспоминает, что в какой-то момент отчетливо ощутил в себе перемену сравнительно с прежним: «все стало не так», «все по-другому почувствовал». Однажды, гуляя в лесу, вспомнил какой-то запах, связанный с детством, и «стало невероятно грустно, что оно прошло». Ему вообще свойственна теперь печаль, она возникает без видимой причины: «грустно и все тут» – такое настроение может длиться неделю. В 10-м классе стал комсоргом и решил «сплотить класс», считая его «недружным». В конфликтах между учителями и классом начал демонстративно становиться на сторону последнего. Увлекся в это время обществоведением, затем – книгами по философии и физике, «заинтересовался» теорией относительности. Летом, забыв об остальном, готовился к поступлению в институт, переутомился – возобновились головные боли, повторился обморок от вида крови. Обследовался стационарной военно-врачебной комиссией, был освобожден от службы в армии в мирное время с диагнозом «вегетососудистая дистония». Учится в вечернем техническом вузе, работает лаборантом.

Несколько медлителен, говорит размеренно, задумывается над ответами, ни один вопрос не оставил без внимания, серьезен, положителен в беседе. Немного наивен в своей откровенности, прямодушен, прямолинеен, порой – с оттенком меланхоличности. Не любит шума, толпы, например – праздничной демонстрации. В малознакомой компании ему особенно скучно, он предпочитает поговорить наедине по душам с товарищем. Сентиментален, готов заплакать среди фильма. Любит правду, отстаивает ее – часто вопреки преобладающей точке зрения. Отмечает у себя свойство не доводить до конца намеченное, склонен поверять замыслы бумаге и тем и ограничивается. Изобрел новую схему радиоприемника, но так и не удосужился построить его; записывается в кружки, но вскоре перестает посещать их. Девушками не увлекается (С).

Вначале о сыне. У него в детстве очевидный симптомокомплекс «органической невропатии»: с ночным недержанием мочи, обмороками, головными болями, провоцируемыми умственным напряжением. Психическое состояние его в последние два года достаточно сложно и двойственно. Оно как бы состоит из эпилептоидной и шизоидной составляющих, находящихся, та и другая, в состоянии декомпенсации. От шизоидии здесь: протрагированная субдепрессия юношеского возраста с оппозиционизмом, разлаживающимися отношениями со сверстниками, отдалением от них, дистанцированием от класса, который воспринимается как «недружный», нуждающийся в исправлении и сплочении. Отсюда же – самый наивный и незрелый интерес к общим проблемам мироздания и их «философскому» переосмыслению: в основе этого явления всегда лежит

стертый дереализационный синдром с легким налетом недоумения, «попытками разобраться» в изменившемся восприятии окружающего. Отметим также неспособность к завершению начатого и неразвитость полового влечения. От эпилептоидных и «органических» стигм здесь: возобновление головных болей, обмороков, легко возникающие состояния экзальтации, слезы при просмотре фильмов, состояния почти религиозного обращения: когда он в одно мгновение становится иным, «более серьезным», наконец – молниеносный, пронизывающий «запах прошлого» с особенно острым ощущением бренности земного и уходящего в небытие прошлого. Такая «остановка времени», с невероятным, взрывным расширением умственного кругозора и таким же ускорением мыслительных процессов, с озаряющей ретроспекцией прожитого, свойственна, говорят, умирающим (что трудно проверить) и эпилептикам. Нечто подобное испытал, если верить легенде, Магомет, страдавший эпилепсией: у него как-то опрокинулся кувшин и он – вода еще не успела пролиться – за ускользающе короткий миг обозрел всю поднебесную и себя в ней (ссылаюсь здесь на Д. А. Аменицкого). Участие латентной эпилепсии (эпилептоидии) в генезе данного состояния тем более убедительно, что ему предшествовал «запах детства», представляющий собой в данном случае подобие ауры, особого состояния психики: это психический пароксизм, протекающий при ясном сознании, но на фоне измененного восприятия себя, мира и течения времени. Впрочем, разделять эпилептоидию и шизоидию здесь можно лишь схематически – в применении к больному эта попытка выглядит искусственной: обе патологии выступают и звучат у него как бы синхронно и согласованно.

Отец страдает сезонными периодическими депрессиями с ипохондрией и сенестопатиями, с «темными» болевыми ощущениями, «кардиалгиями», по поводу которых он не раз и безрезультатно обследовался у терапевтов. По характеру он пасмурен, неразговорчив, неоткровенен, уделяет общению с людьми лишь свободное от других занятий время. Он ревнив и скрывает свои подозрения, но временами «взрывается» и тогда учиняет жене «безобразные» сцены. Он медлителен, тяжеловесен, с вязкими движениями: особенности его моторики, медлительность психических процессов схожи с таковыми у резидуальных органиков. (Ипохондрики вообще часто производят такое впечатление: они стоят особняком в галерее психопатических типов, тяготея внешне то к шизоидному, то к «органическому» кругу патологии.) До недавнего времени этот характер оставался целен и неизменен – с достаточной обоснованностью можно было говорить лишь о периодической депрессии, атипичной циклотимии у «сложного, мозаичного психопата». Из этой формулы выпадает «надлом личности», изменения, происшедшие в нем в самое последнее время: депрессии его удлиняются, полностью теперь не проходят и меняют содержание – прежде ипохондрические, сосредоточенные на себе, они обращаются теперь на окружающих, обрастают наметившимися идеями отношения. Соответственно этому он, до того тождественный себе, не меняющийся с годами, самодостаточный, становится иным – неуверенным в себе, мнительным и зависимым в отношениях с людьми, «теряет почву под ногами»: с ним совершается перемена, схожая с той, какую сын претерпел в значительно более раннем возрасте.

Характерно, что оба занимаются радиолюбительством. «Ручной» характер увлечений, второго призвания, свойствен, кажется, именно этой промежуточной группе: от шизоидии у этих изобретателей – поиск нового, оригинального, от эпилептоидии – практические навыки, потребность собственноручно претворить в жизнь свои замыслы. Оба эти начала как бы соревнуются между собой за главенство в психике, за власть над субъектом психопатии – латентная шизофрения обычно «берет верх», и тогда ее победу можно проследить по эффективности труда больных: они перестают завершать начатое. Сын, как мы видели, постоянно этим отличался, отец перестает работать в депрессиях, но в ремиссиях способности доделывать приемники не утрачивает и по окончании депрессивных фаз неизменно возвращается к своему хобби: «только им и живет», со слов жены. (Он, правда, ничего еще не заработал своим радиолюбительством: дарит свои изделия или разбирает их, чтобы построить новые, но тут уж ничего не поделаешь – вечный двигатель, сидящий в нем,

давно уже обособился от первой и заключительной фазы всякой общепринятой трудовой деятельности: обсуждения и затем получения оговоренного гонорара и заработка. Он работает из любопытства и удовольствия, что само по себе останавливает на себе общее внимание.)

Следующий случай также сложный, смешанный, промежуточный.

Набл.87. Мужчина 25 лет. Отец и мать – русские из Сибири. Отец – служащий, без высшего образования, но занимал ответственные посты, «спокойный, выдержанный, хороший семьянин». Мать – «общественница», не работала, воспитывала пятерых детей. Братья и сестры – все разные по характеру, один из братьев, 35 лет, малообщителен, «принципиально» холост, держится особняком в семье, подолгу не видится с родственниками; инженер, спортсмен-любитель.

В детстве был несдержан, импульсивен, однажды «сгоряча» ударил сестру молотком по голове. В школе был на хорошем счету, характеризовался «положительно». До 16 лет – ночное недержание мочи, которого очень стеснялся. Был дружен с одноклассниками, увлекался спортивными играми. Из школьных предметов предпочитал физику и математику. Поступил в технический вуз, работает инженером, женился. В семейной жизни молчалив, держится напряженно, натянуто, испытывает почти постоянную и глухую вражду к жене, которая раздражает его отсутствием организованности, рыхлой пассивностью, нераспорядительностью, она не поддерживает порядка в доме, «плохая хозяйка», предпочитает дому чтение и учебу. Не уходит от нее из-за ребенка, которого любит. Жена говорит про него, что он то весел и общителен, то на него «нападает черная меланхолия и вспыльчивость», и тогда его все раздражает и «бесит». Длится подобное состояние несколько часов или день-два. Весел он, впрочем, бывает предпочтительно с друзьями, дома же настроение обычно портится.

Сдержанный, несколько скованный в движениях; со скрытым недовольством и раздражением слушает беседу жены с врачом; с тем же чувством, молча выслушивает ее распоряжения по хозяйству – звучащие в самом деле легковесно и отданные как бы по обязанности. Выглядит слегка заторможенным, медлительным; глаза чуть навыкате, «напряженные», временами «бесноватые». Сведения о себе сообщает неохотно, уклончиво, речь лаконичная. Говорит, что у него бывает плохое настроение, но он «старается его сдерживать» (С).

Длительное, до 16 лет ночное недержание мочи относит этого молодого человека к группе лиц с «органической конституциональной недостаточностью головного мозга». О ней же свидетельствует отличающая его с детства взрывчатость с аффективными сужениями сознания, доводившая его до опасных для окружающих эксцессов: в настоящем он также страдает очерченными дисфориями – в этом отношении он эпилептоид из брутальных. «С другой стороны», его дисфории имеют тенденцию учащаться и сливаться в один общий, почти постоянный дисфорически-дистимический аффект: он предельно молчалив, лаконичен, испытывает глухую, невысказанную, постоянно сдерживаемую вражду к жене, не находящую себе внешнего выражения и разрешения. Сам он говорит, что поступает так потому, что любит сына, но это лишь рационализирующая аргументация, своего рода «самооправдание» – на самом же деле его отношение к жене скрыто амбивалентно: оно слишком молчаливо и «заперто» противоречивыми тенденциями и импульсами. Двигательная сфера его также производит «смешанное» впечатление: с одной стороны – это медлительная, тяжеловесная моторика «органика» (в широком смысле слова), с другой – он незримо скован, напряжен, с задержками и неравномерностями в движениях. Взгляд его – с «бесноватым блеском», неуправляемый, глаза навыкате, тяжело останавливаются на собеседнике – тоже из латентно-шизофренического симптоматического ряда. Если исходить из дихотомической модели диагностики, то одни будут говорить здесь о шизоидии у больного с чертами органической неполноценности мозга, другие – о псевдошизоидии латентного эпилептика, но такое разделение неизбежно условно и схематично: этот случай можно определить и как смешанный, как шизоэпилепсию в ее латентном варианте:

наследственном страдании, манифестировавшем вначале преимущественно эпилептоидной, затем нарастающей шизоидной симптоматикой.

Следующее наблюдение иного свойства, но также – с сочетанием конституциональной органической и шизоидной («псевдошизоидной»?) симптоматики: на этот раз на фоне «примитивности» психики, граничащей с дебильностью (хотя судить об интеллектуальной неполноценности при столь грубой личностной патологии достаточно рискованно; это наблюдение ближе к органико-эпилептоидному полюсу наследственной патологии, чем предыдущее).

Набл.88. Женщина 22 лет. Мать замкнутая, скрытная, раздражительная. Об отце ничего достоверного. Родилась в срок, ходить и говорить стала вовремя. В раннем детстве обычные инфекции. С 7 лет начали обращаться к невропатологу и детскому психиатру по поводу нервности и раздражительности. В школе плохо училась, дерзила учителям, часто плакала, не сходилась с одноклассниками, была вялой, стеснительной, пассивной и пугливой. В поликлинической карте описывается нечистая речь, непостоянное заикание, тревожный сон, во сне «тянулась». Подергивания век, резко положительный симптом Хвостека. В 9 лет отмечаются: рассеянность, утомляемость, заторможенность – разевает рот на уроках, сжимает ноги. В 13 лет упала, ушиблась головой об лед – через 2–3 часа рвота, головокружения: последние держались около месяца. До сих пор не может ездить на автобусе, не переносит качелей: тут же появляется тошнота. Месячные с 13 лет. С 14 стала «лучше», появились подруги (до этого была совершенно одинока), с 16 начала интересоваться мальчиками: нравилось смотреть на них, мечтала о некоторых. Кончила фабрично-заводское училище, работает радиомонтажницей. В последние два года относительное благополучие сменилось новым ухудшением в состоянии: становится все более мрачна, молчалива, очень трудно сходится с людьми, нет подруг, после работы сидит дома одна, часто плачет от обиды, что «у нее все не так, как у других». Соседи называют ее «неотчетливой», «неполноценной». С работой, однако, справляется.

В беседе выглядит подавленной, отчужденной. Отвечает односложно, с задержками, иногда не говорит вовсе. В ответ на вопрос о подругах начала плакать, сказала с обидой в голосе, что недавно к ним на работу пришла новая девушка – у той уже есть друзья, а у нее, работающей два года, никого нет. Бледная, с нездоровым серым оттенком лица, которое при плаче покрывается стойкими красными пятнами и искажается в однообразной гримасе. Речь со стертым дефектом произношения. Жалуется на давние кошмарные сновидения (С).

В этом наблюдении симптомы «органической неполноценности мозга» не сглаживаются, как это обычно бывает, к пубертатному периоду, но персистируют, сохраняются, создают облик хронического «органика» и явно декомпенсируются в последнее время, сопровождаясь хронической дисфорической субдепрессией: с доминирующим аффектом обиды на жизнь и окружающих, плаксивостью, завистью и обостренным чувством социальной несправедливости. В данном случае синдром напоминает бледной тенью то, что киевская школа 30-х годов называла в большой психиатрии «аутистически-паралогическим типом эпилептического слабоумия» (Я. И. Фрумкин). Отмечая сходство некоторых эпилептиков с шизофрениками, они описывали этот синдром как «растущий из своеобразного сочетания снижения критики, наклонности к застреванию и эгоцентрической направленности, могущих привести к паралогическому мышлению, к аутистической форме поведения – конечно, не являющимся исключительной привилегией шизофренической психики».

Далее случай с «вызывающим» антисоциальным поведением – третье лицо из тех, кого соседи в один голос называли людьми «ужасными», «невозможными» для совместного проживания и пр. Напомним, что двумя другими были молодой человек гебоидного (или постгебоидного) типа, приехавший на побывку из армии с целью комиссоваться (набл.37), и бывшая кассирша, пьяница и скандалистка (набл.38). Оба были отнесены к преимущественно шизоидной (латентно-шизофренической) группе, хотя и у них были черты эпилептоидии. В следующем наблюдении «перевешивают», кажется, «пороки» эпилептоидного

происхождения. Сведения анамнеза, как всегда в таких случаях, достаточно скудные.

Набл.89. Мужчина 54 лет. Инженер. О себе ничего не рассказал: не посчитал нужным. Со слов соседей: живут с ним несколько лет, из них более или менее пристойно он вел себя лишь первые две недели, потом «как подменили» – повел себя в высшей степени вызывающе и беспардонно. Больше всего возмущает соседей то что он водит к себе женщин, каждый раз новых, и развлекается с ними так, как если бы в квартире никого не было, или нарочно шокирует жильцов, побуждая своих посетите ниц к такой же бесцеремонности. Они расхаживают повсюду пьяные и полуголые, дефилируя у всех на виду в ванну и обратно, – он при этом задевает соседей провокационными шуточками и насмешками, приглашает разделить с ними оргию. Наутро – никакого раскаяния и стеснения: считает, что ничего особенного не произошло, и если соседи выражают свое недовольство, нападает на них с разного рода встречными демагогическими придирками и требованиями – вздорными, но у него звучащими едва ли не обосновано; разглагольствует, получает удовольствие, ставя слушателей в тупик, дерзко «сверлит» их глазами. Может налить себе из чужой кастрюли, поесть и представить это потом как пустяк, не стоивший упоминания. Особенно развязен с женщинами, которым и трезвый говорит сальности. С мужчиной, единственным в квартире, вел себя вначале отчужденно, со скрытой враждебностью и соперничеством. Когда тот завел разговор о его непристойном поведении, ответил грубостью – сосед сробел, и он после этого «обнаглел окончательно»: раньше как-то «принимал его в расчет», теперь «вовсе не считается», «будто не замечает». Соседи пишут на него сейчас «коллективное заявление», но делают это втайне, не предупреждая его: хотят, чтобы его вызвали на разбирательство в товарищеский суд и они бы там «выложили все сразу» – говорить с ним с глазу на глаз в квартире избегают и побаиваются.

Визит мой совершенно «проигнорировал»: то есть впустил в комнату, но потом как бы не замечал моего присутствия. В это время у него сидела гостья, врач поликлиники, зашедшая к нему после работы женщина лет 50, моложавая и игриво настроенная, – я некоторое время находился при их свидании в качестве невольного свидетеля. Хозяин оживленно вертелся вокруг нее, она посмеивалась, врач, зная, что больше не попадет сюда, пытался собрать интересующие его сведения – обследуемый не слышал его вопросов, не предлагал доктору сесть, но и не тяготился его присутствием, а, напротив, как бы молча приглашал его к участию в происходящем. Никак не среагировал он и на мой уход – когда я в конце концов оставил их вдвоем, имея в активе лишь данные визуального наблюдения (С).

Сопоставляя этого индивида с двумя другими «ужасными личностями» выборки: с расторможением влечений и вызывающим, антисоциальным модусом их удовлетворения – можно заметить, что этот, сравнительно с теми двумя, более эпилептоиден, более «лицемерен» и обтекаем: пусть заведомо лживо, но обороняется, представляя свои эксцессы как естественные или не стоящие внимания. В нем вообще больше «морального давления», чем физической опасности, которая постоянно исходит из тех двоих – более импульсивных и потенциально агрессивных; у него, наконец, сохранено и остается повышенным половое влечение. Но шизоидный (латентно-шизофренический?) «компонент» и здесь очень заметен и даже груб. Он мизантропичен, противостоит всем и каждому, делая исключение только для женщин и то – лишь в той мере, в какой они являются или могут стать соучастницами его эротических эксцессов. И у него сексуальная расторможенность лишена маскировки – напротив, афишируется и демонстрируется: этот эксгибиционизм характерен для гебоидии, которая свойственна более юношескому возрасту, но проявления ее возможны, видимо, и в другие жизненные периоды. Имеют место и речевые расстройства, лакуны, похожие на дефектные: все эти характерные «фигуры умолчания», «пропуски» обращенных к нему реплик, речь невпопад – не только с пришедшим не вовремя докучливым врачом, но и с посетительницей, за которой он ухаживал. Это не отражено в описании, но то, что он говорил ей, было лишено логики, сказано невпопад, «зависало в воздухе». Могут возразить, что дело тут в любовном ухаживании, когда со многими случается подобное. Его «мимоговорение» действительно подкреплялось более чем убедительной и откровенной

мимикой и пантомимой, делающими содержательную сторону слов излишней, – но то же самое происходило, по всей очевидности, и при его квартирных столкновениях и в иных сходных обстоятельствах. В ответ на законные замечания и упреки соседей он говорит нечто «не к месту и не ко времени», но таким тоном, что они, воспринимая одно тональное звучание его речи, отшатываются от него и проникаются чувством брезгливого страха, которое вызывает всякая враждебная и воинствующая иррациональность и таящееся за ней скрытое помешательство. Этот работающий инженер, наверно, способен грамотно и связно изложить свою точку зрения на тот или иной технический предмет и охотно болтает на перекурах с товарищами по работе (где говорит, по-видимому, всякий раз примерно одно и то же и ясно, что именно), но в том и другом случае – это стереотипизированная речь если не формального, то стандартного «заученного» общения, а в квартире нужно уметь вести диалог нештатных ситуаций, импровизировать – тут его речь и приобретает «приблизительность», доходящую до степени мимоговорения: с сохранением одной интонационной выразительности, которая у него, впрочем, тоже бедна красками: она эротична или агрессивна – если не то и другое вместе.

Еще несколько кратких описаний. Они не похожи одно на другое и свидетельствуют о разнородности группы. В некоторых из них, помимо эпилептоидных и шизоидных психопатических черт, можно констатировать «примитивность» психики, граничащую с дебильностью, и алкоголизм, закономерный спутник всякой эпилептоидной симптоматики, чистой или входящей в состав «мозаичных» психопатических образований.

Набл.90. Мужчина 26 лет, инженер, мордвин. Тот, что заставлял жену резать хлеб ломтями толщиной ровно в сантиметр. Жена называет его молчуном и садистом, «гипнотизирующим» ее взглядом, но на работе он – полная противоположность себе самому: дамский угодник и любитель повеселиться в компании. Один из тех немногих, с кем мне так и не удалось встретиться (С).

Набл.91. Женщина 42 лет, русская, неквалифицированная рабочая, замужем Отличается крайней неустойчивостью настроения и бурными реакциями на окружающее: то болтлива, сплетничает, говорит с напором, требовательна в сексуальном отношении, то озлобляется, по нескольку дней демонстративно не разговаривает с мужем, отказывает ему в постели – с ней нельзя спорить, в чем-то ей противоречить. «Никудышная» хозяйка: готовит лишь самое необходимое, щи на неделю, ребенком занимается мало. Неряшлива, в квартире повсюду валяется грязное белье, не убранное даже по случаю прихода доктора. Разговаривать с врачом не стала, вышла вон со вздорным, неприветливым, «надутым» выражением лица (С).

Набл.92. Женщина 44 лет, русская, мелкая служащая. Разведена, из прежней квартиры была выселена по суду. Много лет пьет. Мужа била, выгоняла его из дома. Приводит к себе мужчин, «двоих сразу», сожительствует с мужем соседки. Пьяная ожесточается, «бушует», включает повсюду свет, «несет околесицу». Трезвая раздражительна, пасмурна, никогда не извиняется за свое поведение. Видел ее мельком, от беседы отказалась (С).

Набл.93. Женщина 55 лет, русская, имеет инвалидность 2-й группы по слепоте (после туберкулезного кератита в детстве), разведена. Смолоду была очень замкнута, с годами делалась все более раздражительна, эгоцентрична. Все время меняется настроение: то не говорит ни слова, то требует от окружающих, чтобы те во всем ей помогали. «Нуждается в мужчине», говорит об этом соседям в таком тоне, будто они должны и здесь оказать ей содействие. Неряшлива, в комнате беспорядок. Движения поспешные, разбросанные. В беседе раздражительна, быстро теряет интерес к посетителю (С).

Набл.94. Мужчина 43 лет, русский, с высшим образованием, учится в аспирантуре. Характеризуется «лицемерным»: внешне предупредителен, неэгоистичен, холоден, неприязнен – особенно когда его просят о чем-нибудь: воспринимает такие просьбы враждебно, «никогда не поможет, а навредить сможет». Оставил семью, не встречается с ней. Впечатление от короткого общения с ним соответствует, в общем и целом, характеристике соседей (С).

Набл.95. Юноша 19 лет, русский, учится в институте. Был врожденный порок сердца, оперировался, сейчас чувствует себя удовлетворительно. Характеризуется очень неуравновешенным, вспыльчивым, грубым, эгоистичным, деспотичным. При этом очень много читает, у него разносторонние интересы, любит поговорить на общие темы, но не столько послушать других, сколько развить собственные теории. Когда с ним спорят, ожесточается, ссорится с собеседником, может наговорить колкостей и дерзостей, теряет интерес к разговору, избегает в последующем этого человека, со многими перессорился таким образом (Д?).

Набл.96. Мужчина 42 лет, русский, квалифицированный рабочий. Страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки. Всегда был властный, ревнивый, мнительный в отношении здоровья, к врачам, несмотря на уговоры близких, не обращался. Очень нервный, раздражительный, вечно чем-то недоволен. Особенно утомляют ночные смены. Выпивает. Производит впечатление возбудимого и пьющего холерика: легкий тремор, блеск глаз, суетлив. Лицо пасмурное, озабочен визитом врача: хочет выглядеть пристойнее, но испытывает внутреннее раздражение, усиливаемое неприятными ему расспросами, «отделывается» пустыми бессодержательными фразами (С).

Ясно, что сведения, изложенные выше, дают основания лишь для самой общей, предварительной оценки состояния. В части наблюдений их дефицит обусловлен недостаточностью обследования вследствие реальных трудностей, в других – «смазанностью», «размытостью», скудностью самой психопатологической картины.

В дополнение – несколько случаев тяжелого пубертата с расторможением влечений и стой или иной степенью асоциальное™ и антисоциальности. У большинства этих юношей, девушек и подростков анамнез сообщал лишь о самом общем психопатическом предрасположении, усиливающемся в подростковом периоде.

Набл.97. Девочка 15 лет. До полутора лет была очень криклива, затем стала спокойнее. Отличалась с детства «леностью». В последний год стало часто меняться настроение, учиться стала еще хуже, не хочет посещать школу, курит украдкой, интересуется мальчиками, много времени проводит во дворе и на улице. О себе ничего не рассказала, отвечала самым нейтральным образом, с оглядкой на родителей (С?).

Набл.98. Мальчик 15 лет. В последние 2 года стал «неуправляем», отказался посещать школу, время проводит на улице, чему семья (пьющая) не противится. Подолгу запирается в ванной. Выглядит «нагловатым», дерзким, как бы не понимает вопросов, переспрашивает, «прикидывается дурачком» – так же, со слов матери, вел себя и в школе (С?).

Набл.99. Девушка 19 лет. После школы поступила в институт, но почти не занимается, прогуливает занятия, пьет, водит к себе мужчин (живет одна в коммунальной квартире, родителей нет). Крупная, рослая. Густо накрашена. Отвечает безразлично, бессодержательно, терпеливо ждет ухода врача (С?).

Набл.100. Мальчик 14 лет. Отличался до года нервностью, которая потом прошла, но в последние 2 года стал «трудным», дерзким, на него жалуются соседи, с которыми он демонстративно не здоровается. Прогуливает школу. Сведений о себе не дал, отвечал пустыми фразами, хотя старался глядеть приветливо (С?).

В какой степени все эти случаи относятся к собственно эндогенной психической патологии, в какой – вызваны или осложнены социальной «запущенностью», сказать трудно: не только из-за недостаточности сведений, но и из-за отсутствия естественных границ внутри этой группы состояний – особенно при их малой выраженности, обыденности, клинической «смазанности».

4. Пароксизмальный вегетативный синдром. Краевые случаи эпилептоидии

Краевые случаи эпилептоидии

Вегетативная патология распространена универсально и участвует едва ли не во всех психических и «нервных» расстройствах. В описанных выше случаях типичной эпилептоидии она тоже была достаточно яркой, что отражено в жизнеописаниях. В настоящем разделе речь пойдет об атипичной эпилептоидии, где на первом плане – однотипные повторяющиеся вегетативные кризы, а характерная личностная патология выражена слабее и иначе, чем в типичном варианте. Характеропатия, сохраняя сходство с эпилептоидной, какой-то стороной своей приближалась к тимопатической: повышенной аффективной лабильностью, впечатлительностью, внушаемостью, чувствительностью – или же приобретала астенические тона, не свойственную эпилептоидии истощаемость и слезливость: тогда могло возникнуть ощущение течения мягкого органического процесса, эпилептоидизирующего психику. Если это так, то психопатию таких состояний следовало считать симптоматической, но какой органический процесс лежит в основе того или иного случая, установить или даже предположить с какой-то долей вероятности практически невозможно: вся группа в целом клинически представляется как бы промежуточной между эндо- и экзогениями. В иных наблюдениях на первом плане стояло психогенное провоцирование расстройств – тогда такие случаи примыкали к так называемой невротической конституции с «особой подверженностью неврозам».

Набл.101. Женщина 46 лет. Москвичка, русская. Родители «спокойные, семейственные, хозяйственные». У сына 12 лет ночные страхи среди сна, «бред» при высокой температуре.

Себя характеризует в детстве спокойной и общительной, «уважительной». После 10-летки попала на фронт, где была радисткой. Сразу после армии, «не подумавши как следует», вышла замуж. Муж ее ревновал, пьянствовал, грозился, пьяный, убить. Прожила с ним 10 лет, до 31 года: «все ждала, что образумится», делала аборты, не желая иметь от него детей. Чувствовала себя в молодости хорошо: легко переносила даже фронтовую обстановку, «была молодой и здоровой»; контузий не было. С 30 лет появились резкие, приступами, головные боли, сопровождавшиеся тошнотой, рвотой, мельканием цветных пятен перед глазами, – в это время туго стягивала себе голову полотенцем, ложилась, просила, чтобы не шумели. Боли были вначале связаны с месячными, затем – независимы от них. Стала слезлива, впечатлительна, плакала по любому «чувствительному» поводу – даже когда по телевидению показывали детей; стала плохо спать, видела яркие сны. Обращалась с этим к невропатологу, жаловалась также на частые «волнения», когда «всю трясло»: стала вспыльчива на работе и дома; после подобных состояний чувствовала сильную разбитость. Периодически появлялась одышка, скрытое удушье, в последние годы – отеки, появляющиеся и проходящие в течение дня-двух, имеющие признаки аллергических, крапивница. Живет со вторым —-мужем, человеком трудным, замкнутым, в последнее время – постоянно сумрачным, неразговорчивым.

Встретила врача благожелательно, в беседе доступна, охотно и подробно жалуется на свое состояние. Настроение очень изменчиво: то легко начинает плакать, то более раздражительна, открыто упрекает мужа, прозрачно намекает на его импотенцию, связывает (при нем) «отрицательные» черты его характера с национальностью (он белорус). Лишена стеснительности, охотно обнажается перед врачом. Соматически – сомнительная недостаточность митрального клапана; врачи то слышат порок, то нет. Охотно согласилась обследоваться, но при повторном визите то же приглашение приняла безразлично, была вообще спокойнее, равнодушнее (Д).

С эпилептоидией этот случай роднят мигренозные головные боли, состояния огневой вспыльчивости и раздражительности с «тряской всего тела». яркие повторяющиеся сновидения, а в психическом отношении – расторможенность, легкая эротичность, довольно бесцеремонные нападки на мужа, попреки националистического свойства. Не вполне характерны для эпилептоидии: слезливость, астения, длительная разбитость, завершающая состояния «волнения», набор аллергических жалоб: крапивница, летучие отеки, стертая бронхиальная астма, подозрение на ревмокардит в анамнезе. Не утверждая этого

категорически, можно предположить, что данный мягкий вегетативный эпилептоидный синдром является результатом стертой энцефалопатии «параревматического» характера, которая клинически может выглядеть как смягченный и атипичный вариант эпилептоидии.

Похожий случай в следующем наблюдении.

Набл. 102. Женщина 38 лет. Родители – русские, крестьяне из Тверской области. Оба «спокойные», было еще трое детей, также «спокойных».

Родилась в Москве, кончила 8-летку, работала кладовщицей, переплетчицей. Замужем с 23 лет, роды в 24 и в 31 год; обе беременности сопровождались обмороками. Называет себя по характеру исполнительной, покладистой, простодушной, несколько беспечной. После первых родов, лет с 25, стала заметно впечатлительнее: «чуть что, от работы или неприятности, плачу», «если что не получается, то сразу апатия ко всему, приходится брать себя в руки». Появились сердцебиения, перебои в сердце, боли в сердце от волнения – боится их, кажется, что умирает; все эти явления беспокоят ее преимущественно при месячных. Еще хуже почувствовала себя после вторых родов: стала несдержанной, может накричать на родных, «действует» шум, остаются прежние жалобы на сердце и настроение. К врачам не ходит («некогда»), с хозяйством справляется: продолжая жаловаться на состояние, выполняет без видимого усилия домашние нагрузки; работоспособна, активна. Любит, когда ей уделяют внимание, за ней ухаживают.

Начинающая полнеть женщина, с легко появляющимся и преходящим румянцем. О своих расстройствах рассказывает охотно, оживленно, держится без стеснения, уверенно, с кокетливостью. Хотя и говорит, что нуждается в помощи невропатолога, но к предложению такой консультации отнеслась без интереса, согласилась из любезности, что это было бы кстати. Раз «выговорившись», теряет интерес к беседе (Д).

Здесь мы, по-видимому, имеем дело с одним из часто фиксируемых в популяционных работах случаев «невроза женщин», хотя невроза, то есть психогении, здесь всего меньше – имеется лишь перманентная зависимость состояния от внешних обстоятельств, обостренная впечатлительность и чувствительность. Налицо аффективно-вегетативный синдром с усиливающимися с годами эмоциональной лабильностью, раздражительной слабостью, расторможенностью, кокетливостью и особого рода ипохондрией, носящей как бы демонстративный, игровой характер. С эпилептоидией этот синдром имеет много общего, но в сопоставлении с ней ему «не хватает» педантизма и вязкости – эпилептоидия в таких случаях «неглубока», сочетается с астенией и «истерией», сопровождается определен ной долей внушаемости, нехарактерной для истинных эпилептоидов.

Еще один семейный и трудно классифицируемый случай. Трудности систематики в области вегетативных расстройств вполне естественны – учитывая неразработанность проблемы в целом.

Набл.103. Женщина 34 лет. Из крестьян Ярославской области; родители переехали в столицу в 20-х годах. Отец был «хороший, спокойный», мать – вспыльчивая, «горячая и отходчивая». Сводный брат также вспыльчивый, выпивает, страдает язвенной болезнью.

В детстве росла здоровой, «очень спокойной». Начала работать с 16 лет. В 17–18 стали беспокоить сердцебиения, потливость, раздражительность, плаксивость. Обнаружили увеличение щитовидной железы 2–3-й степени, лечилась курсами йода. С 24 лет замужем. В 25 – роды мертворожденным, после чего резкое ухудшение состояния: усилились нервность, раздражительность, расстроился сон, появились яркие сновидения, кошмары: снились война, убийства, за ней будто бы гнались, она убегала, проваливалась. Продолжала плохо себя чувствовать и после второй беременности и родов в 26 лет – тогда к прежним жалобам присоединились приступы тяжелых головных болей с локализацией в левом надбровье: были «мушки перед глазами», не выносила шума, «ничего в этот момент не соображала». Приступы случались чаще всего в транспорте – перестала поэтому им пользоваться. Появились страхи: боялась темноты, казалось, что кто-то идет за ней или стоит рядом, видела пробегающую «сбоку» тень – каждый раз одинаковую. Лечилась у невропатологов, помогал элениум. Некоторое улучшение после третьих родов: стала спокойнее, улучшился

сон, уменьшились головные боли. Страдает также язвенной болезнью 12-перстной кишки (5-летней давности), гастритом, колитом, «неврозом сердца» с приступами сердцебиений с колотьем в области сердца и подташниванием. После семейных и квартирных неприятностей, чувствует себя всякий раз хуже (муж одно время сильно пил, с соседями – также плохие отношения со взаимными бытовыми Претензиями). Работала телефонисткой, поваром – сейчас учится на машинистку: хочет сменить работу на более легкую.

Несколько пассивна, малоприметна в домашней обстановке. В беседе вполне доступна, легко раскрывается, подробно описывает свое состояние, так же полно говорит о сыне. Легко появляются слезы, лицо при этом покрывается красными пятнами. Выглядит в течение всей беседы вялой, «рыхлой», медлительной (С).

Набл.104. Мальчик 8 лет, сын описанной выше. Отец вспыльчивый, «горячий», одно время сильно пил, сейчас – реже, но, несмотря на это, делается все более раздражителен и неуравновешен; трижды «спросонок», после сильного шума, «лез в окно», чуть не выпал из него однажды. Брату 1 год и 4 месяца – он беспокойный, ерзает во сне, дергается, вскакивает.

В раннем детстве плохо спал и ел, «капризничал». Говорить стал в 3,5 года. Трудно привыкал к яслям, падал в знак протеста на пол и бился ножками. Рос худеньким, боязливым, застенчивым. До сих пор боится темноты, не ходит один в ванную комнату, говорит, что там кто-то стоит; плаксив и обидчив. В последние 2 года делается более уверен в себе, дерется с девочками в школе. Учится плохо, «ленив», на уроках неспокоен, верчен: то почесывается, то крутит что-то в руках. Дружит со сверстниками, играет в футбол. Просит завести дома собаку, любит животных. Ночное недержание мочи, теперь нечастое. По ночам вскакивает, говорит во сне, «лезет на стену», перебирает и «сучит» руками.

Внешне ничем не примечателен: в разговоре с врачом молчалив, стеснителен, но достаточно боек в общении с матерью и соседским мальчиком (С).

У обоих, у матери и у сына, прослеживаются два вида расстройств: одни можно отнести к конституционально-органическим, эпилептоидным, другие – к редуцированным параноидным. К органико-эпилептоидному ряду у матери относятся: вегетативные, просоночные, истероформные пароксизмы и мигрени – выявившиеся впервые на фоне тиреотоксикоза (?), но в последующем приобретшие самостоятельный характер; у сына – детская органическая невропатия: ночное недержание мочи, истероформные аффект-эпилептоидные состояния, общая гиперкинезия, сноговорение, снохождение, автоматизированные движения и местные судороги во сне (явления, имеющиеся и у его отца и малолетнего брата). К редуцированному параноидному ряду могут быть отнесены: страхи, оклики, «звонки в дверь», чувство присутствия постороннего лица у матери; страхи, ощущение чьего-то угрожающего соседства – у сына. Как все эти семейные данные и находки суммировать и связать воедино, мы сказать затрудняемся и предоставляем это читателю.

Расстройства этого круга непосредственно примыкают к аффективной патологии – к той прежде всего, в основе которой можно заподозрить мягкие органические процессы: на сегодняшний день сомнительные и недоказуемые. Случаи депрессии, «соприкасающиеся» с последними наблюдениями и непосредственно в них переходящие, представлены в тимопатическом разделе, хотя логичнее было бы перейти к ним немедля. Даже самое общее деление наследственного материала на «круги наследования» разрывает непрерывный ряд расстройств, наблюдающихся в населении. Поскольку этот общий объем или массив сцеплен внутри себя многократно, в разных «соединительных звеньях», никакая линейная последовательность изложения не может быть полностью адекватна описываемой реальности, которую можно изобразить лишь в виде многомерной модели со многими внутренними мостками и переходами; для создания такой модели необходим значительно больший, чем у нас, объем выборки.

Прежде чем закончить тему, представляется целесообразным вернуться к эпилептоидии классиков: в какой мере их описания соответствуют тому, что реально встречается (встречалось в конце 70-х годов) в столичном населении.

Наш урожай здесь, на первый взгляд, если не скуден, то лишен большого интереса. Мы выявили около десятка лиц, в той или иной степени соответствующих критериям эпилептоидии классиков – хотя и без «излишеств» их подчас чересчур ярких описаний. Они, равно как и члены их семей, обладали общими чертами – более или менее цельным и наследуемым симптомокомплексом, оправдывающим выделение этого типа в систематике. Это на феноменологическом уровне – лица, наделенные властностью, деспотизмом, повышенными материальными требованиями и притязаниями, кверулирующие, нуждающиеся в образе внешнего врага, на которого привычно нацелены их агрессия и сутяжническая деятельность. Они гиперсоциальны и в борьбе с противником внешне придерживаются принятых правил игры или создают такую видимость, представляя свои действия борьбой за истину и восстановление справедливости и почти веря в свою версию происходящего. Они лицемерны и охотно лгут, но это «ложь наполовину»: они считают себя в конечной инстанции правыми и наделенными высшей санкцией на обман и тактические уловки. Они часто (хотя не всегда) если не жизнелюбивы, то «жизнеобильны», неугомонны, подвижны, любят выпить и эротичны выше среднего. Астенический ряд расстройств выражается у них различными состояниями, имеющими общим свойством протекать приступообразно – из них наиболее часты вегетативные и «вазомоторные» кризы: мигрени, приступы общей мышечной дрожи и более парциальные «вздрагивания», пароксизмальная патология сна, разного рода аффективные приступы и судороги – с той или иной степенью сужения сознания, но без его истинного помрачения. С возрастом у таких лиц нарастают черты эмоциональной жесткости, педантизма, учащение дисфорий – характерна, иными словами, прогрессирующая брутализация психики.

Другая разновидность эпилептоидии, уже более расплывчатая и менее характерная – это эпилептоидия с преобладанием или большим удельным весом астенических, вегетативных, вазомоторных, «истероформных» и аффективных расстройств, где брутальность изначально только намечена и лишь затем, медленно прогрессируя, «наживается» с возрастом. Это состояние походит иногда на текущие органические поражения головного мозга с «вторичной» эпилептоидизацией, но экзогенная энцефалопатия в таких случаях слишком стерта и клинически недоказуема. Таких состояний было в общей сложности также около десятка – смотря как и что считать. Были и переходные, смешанные варианты между обоими эпилептоидными типами, отмечавшиеся и другими авторами.

К этому можно присоединить еще около десятка детей с органической невропатией, естественным образом примыкающих к данной группе, – потенциальных эпилептоидов в будущем.

Вот, собственно, и все находки. Три десятка лиц в выборке из 415 человек – это немало и говорит о распространенности феномена, но, сравнивая его с шизоидней, не приходится, в отличие от нее, говорить об универсальном значении этой психопатии для понимания психической патологии в целом: в своем чистом виде она остается изолированным островком в массиве этой последней. Но так – только если ограничиться одними «чистыми» типами и отвлечься от «промежуточных», от «включений» эпилептоидии в иноименные психопатии и в латентные и вялотекущие формы шизофрении и иных наследственных состояний. Если же рассматривать всю психическую патологию в совокупности и видеть эпилептоидные симптомы в пределах иной психической патологии, то эпилептоидия действительно становится универсальной, распространенной повсеместно, участвующей как этап развития в генезе едва ли не всех психопатических состояний. Последние обозначаются «иноименно» в силу преобладания иных «профильных» расстройств, по более заметному аспекту патологии или просто – в силу традиции или психиатрической «моды». При «нелицеприятном» рассмотрении самых разных форм шизоидной, латентно-шизофренической, параноидной, паранойяльной, тимопатической и т. д. патологии скрытая в них «эпилептоидность» делается очевидна – необходимо лишь смотреть на вещи непредвзято и не быть обремененным необходимостью «диагностировать» случай непременно в рамках существующей «практической» систематики, которая требует

однозначной квалификации случая.

В этом мало нового – здесь важно не столько знание предмета, сколько определенный подход к нему. Нечто подобное писал, например, С. И. Полинковский в 1935 г. – отталкиваясь от наблюдающихся при эпилепсии сверхценных идей и констатируя их родство с «шизофреническими»:

«При анализе так называемого сверхценного синдрома больных эпилептоидного круга мы вынуждены признать, что основные идеи его, проходящие красной нитью через все эпилептическое мышление, могут приближаться как по своему содержанию, так и по форме проявления к сверхценным идеям, и подобно тому, как сверхценная идея по своему содержанию иногда уродливо гипертрофирует действительность, с одной стороны – вырастая из нее, с другой – явно ее преувеличивая, мы в ней улавливаем черты схематизма, абстрактности, оторванности от реальности, свойственные личностям шизотимического круга, а фанатическая страстность, с какой эти идеи проводятся в жизнь, возникает из эпилептического характера – стеничности эпилептика, его напористости… По своему психопатологическому содержанию идеи „справедливости“, искания „правды“, лежащие в основе так называемого сверхсоциального синдрома, очень приближаются к сверхценным идеям больных параноического круга, и в этих случаях эти идеи вырастают из аутизма, с одной стороны, а фанатическое проведение их в жизнь идет из стеничности параноика. Все это достаточно выражено у эпилептоидов».

Нетрудно заметить, что здесь производится расчленение паранойяльного синдрома на его составляющие: шизоидную, определяющую ту или иную степень «инакости» сверхценных идей, и эпилептоидную, «почвенную», заряжающую последние своим энергетизмом, стеничностью, наделяющую их персеверированием, обстоятельностью и моторностью, – со слиянием «привоя» и «подвоя» в некое «гибридное целое», растущее из разных корней или пластов, питающих патологическую психику. Такой анализ возможен не только в отношении паранойи. Именно при таком структурном подходе ко всей психической патологии в целом делается понятен и закономерен интерес классиков проблеме эпилепсии и эпилептоидии. В таком представлении та и другая действительно становятся универсальными, заслуживающими самого пристального внимания этапами развития, составными частями «единого психоза» и столь же единого психопатического предрасположения.

Олигофрения

Тупоумие – это душевная вялость, проявляющаяся в речах и поступках

Феофраст, IV век до н. э

К этой главе автор подходил с робостью. Дело в том, что олигофрении он не знает. То есть знает то, что ему как заведующему отделением положено знать об этом предмете, но врожденное малоумие для всех нас или, скажем скромнее, для преобладающего большинства психиатров – во многих отношениях «терра инкогнита». Дело не только в сложности предмета, но еще и в некой коллективной антипатии к нему, разделяемой врачами с остальным человечеством, – об этом мы говорили уже в разделе эпилепсии.

Действительно, чем дальше от «человечески понятных» симптомов, в которые можно «вчувствоваться» и «вжиться», тем больше выражена «реакция отторжения» расстройств исследователем. Это не метафора и не преувеличение, а вполне реальный научный и даже административный факт: олигофрены исключены из сферы ведения собственно медицинских учреждений и отданы на попечение специальных учебных заведений и собесовских домов призрения. Мягкие формы олигофрении: живущие на свободе «дебилы» – диспансерами практически не наблюдаются (возможно, к их пользе и благополучию;. Психиатры общей сети сталкиваются со взрослыми олигофренами только в состояниях их психоза или при совершении ими (олигофренами) правонарушений – отсюда и два профиля научных работ,

преобладающих в психиатрической литературе. Между тем врожденное малоумие, равно как и его старший брат слабоумие, приобретенная деменция – два пробных камня психиатрии, о которые она спотыкается всего чаше и с далеко идущими последствиями неправильной диагностики.

Прежде всего при изучении малоумия (равно как и слабоумия, с которым у него очень много общего) применяется иной подход, нежели в остальной психиатрии. Это «принцип не» или метод исключения: описывается не то, что составляет интимную суть предмета, а то, чем он не является, на что не способен. Все определения и характеристики при таком подходе к явлению начинаются с «не»: олигофрены не могут, не умеют, не делают, неряшливы, не абстрагируют, не рефлектируют, не выделяют главного и т. д. – психиатр становится своего рода экзаменатором, проверяющим подготовку ученика по системе «да-нет», ставит ему неудовлетворительные оценки и умывает затем руки. Между тем – и это элементарный закон познания – предмет не может определяться тем, чего в нем нет, но должен быть раскрыт изнутри, в своей позитивной, имманентно присущей ему и ничему другому сущности. И это тоже не книжное, не умозрительное требование: пренебрежение им чревато врачебными ошибками и приводит к печальным житейским следствиям. Описывая деменцию только как неспособность к ориентации в месте и времени, к неосмыслению происходящего и т. д., мы неизбежно сводим воедино случаи «истинного», то есть неизлечимого, окончательного слабоумия (в нем надо еще убедиться), и – мнимого, преходящего, полностью или частично обратимого: «аменцию», спутанность сознания, конфабулез, протрагированный старческий делирий, – которые сами по себе могут быть излечены – для этого иногда бывает достаточно назначить мягкие нейролептики. В олигофренологии – та же картина: без лекарственных удач сениума, но тоже – с далеко идущими, иногда пагубными для больных диагностическими провалами. Каков среди «олигофренов» процент лиц с преходящим малоумием, задержками развития, включая социогенные, психотических больных с псевдоолигофреническим фасадом – этого никто сказать не в состоянии. В результате в психоневрологических интернатах всегда есть больные, «бывшие в прошлом олигофренами»: определение из разряда самоопровергающих, поскольку диагноз олигофрении, по всем теоретическим канонам и их практическим применениям, предполагает принципиальную необратимость и неизлечимость этого состояния. Умственный уровень таких молодых людей существенно не отличается от среднего, они безусловно могут жить и работать «на воле», но уже не имеют для этого материальных возможностей. Иногда они работают на стороне (и могут зарабатывать больше, чем некогда комиссовавшие их психиатры), но ночевать возвращаются в свои пенаты, куда попали когда-то по действительным в ту пору, но не имевшим пожизненной силы медицинским заключениям. Некоторые из них сочетаются браком со здоровыми людьми и переезжают на их территорию, но немалая часть остается в интернате – подобно тому, как после заключения некоторые остаются жить при лагере, потому что им уже некуда деться. Специалисты, работающие в этой области, понимают важность проблемы и говорят о ней, но без большого успеха: слишком уж запутана и трудноразрешима вся эта область знания.

Как характеризовать «олигофрению» без «не»? Вопрос в самом деле трудный – он еще сложнее, чем при деменции. Классики психиатрии понимали это, возможно, лучше нас, но удавалось это и им немногим лучше нашего. Эскироль в 1838 г. (цитирую по H. Baruk, откуда вставки последнего) писал по поводу деменции следующее (его слова полностью применимы и к олигофрении):

«Слабоумие представляет собой заболевание обычно безлихорадочное и хроническое, характеризующееся ослаблением чувствительности, ума и воли; проявлением этого страдания служат непоследовательность в мыслях и умственная и нравственная аспонтанность (deficit de spontaneite intellectuelle et morale). Цементный теряет способность правильно воспринимать окружающее, улавливать взаимоотношения между предметами, сравнивать их, сохранять о них отчетливую память – отсюда неспособность здраво мыслить». Далее Baruk: «Интерпретация этого синдрома дана Эскиролем как производное

энергетической недостаточности мозга». Эскироль: «Впечатления слишком слабы, чувствительность сенсорных органов снижена… самому мозгу недостает силы запечатлевать передаваемые ему сигналы… Дементные не способны к сколько-нибудь длительному вниманию… у органа мысли нет достаточной внутренней энергии, он лишен тонуса, необходимого для интегрирования функций». Baruk: «Это динамическое расстройство сказывается не только на интеллектуальных способностях… на умственном синтезе, но еще и прежде всего – в аффективной сфере, чья слабость, по Эскиролю, для деменции характерна». Эскироль: «У дементных душевнобольных нет ни желаний, ни антипатий, ни ненависти, ни нежных чувств; они глубоко безразличны к тем, кто был для них прежде дорог, встречают родителей и былых друзей без удовольствия и расстаются с ними без сожаления». Baruk: «Наконец, это энергетическое ослабление самым прямым образом воздействует на произвольность, принятие решений, на волю». Эскироль: «Находящийся в состоянии атонии мозг не порождает ни впечатлений для возникновения идей и возобновления процесса мышления, ни каких-либо оснований для вынесения суждений; умозаключения таких больных носят самый неопределенный, блуждающий, изменчивый характер, лишенный цели и страсти. Дементные больные инертны, не способны принимать решения, они предоставляют это другим, ведомы окружающими, их подчиняемость по своей природе пассивна… Но они, как все прочие психические инвалиды, могут быть возбудимы и раздражительны». Baruk: «Далее Эскироль особенно настаивает на автоматичности всей их жизненной деятельности, на двигательных стереотипах и бредовых идеях… Заметим далее, что термин деменции по Эскиролю не включает в себя неизбежно плохого прогноза. Если он и говорит о частоте хронических случаев, то описывает также острую преходящую деменцию и даже – периодическую».

Иными словами: деменция как таковая, как интеллектуальная слабость – лишь один из аспектов более общего психического страдания: он для нас – определяющий, наиболее характерный и социально значимый, но не исчерпывает явления, которое может иметь разную причину и природу и, следовательно – разный прогноз; к сожалению, течение некоторых болезней растягивается на столь длительные сроки, что они смешиваются с пожизненными, окончательными состояниями.

Если посчитать, сколько в описании Эскироля явных и скрытых «не», то окажется, что и у него почти нет «положительных» симптомов этого страдания – только самые неспецифичные: возбудимость, раздражительность, стереотипии и автоматичность психической деятельности, бредовые идеи (последний термин шире современного, он равноценен искаженному восприятию действительности). Но и одно это, хотя и в незначительной мере, но подвигает суждение из разряда негативных в область положительного знания предмета, где важно не отсутствие чего-либо (это сторонний взгляд на явление), а наличие того, что предопределяет это отсутствие (взгляд на него «изнутри»).

Морель безоговорочно включал малоумие в единую лестницу вырождения, видя в нем начало психиатрической патологии, первоначальный «сгусток» ее энергии, дающий начало всему остальному: самую тяжелую ее ступень, из которой, по мере «разбавления», происходят более мягкие формы и стадии. Для него естественным было находить у малоумных все те, по нынешней терминологии, «позитивные» психические симптомы, которые свойственны психотической группе душевнобольных, а у олигофренов протекают на ином, деградированном фоне и уровне. Наши лучшие руководства по олигофрениям (прежде всего Г. Е. Сухаревой) также описывают «сопутствующие» аффективные, параноидные, кататонические и т. д. расстройства у олигофренов, но почему-то возводят между последними и прочими душевнобольными непроходимую «нозологическую» стену. Современные американские авторы, базирующиеся преимущественно на психоаналитическом и психодинамическом учениях, парадоксальным образом, «с другого конца», приходят к морелевской концепции. У них между тем к нашим патриархальным бедам присоединяются новейшие: если мы самым старомодным образом, на глаз, решаем. что может и чего не может олигофрен, то они еще и измеряют это известными

коэффициентами, после чего магия чисел, столь могущественная в любящих счет странах Запада, завершает процесс отторжения уже на цифровом уровне, обладающем всеми внешними признаками объективности. Известно, однако. что показатели умственного развития, сами по себе, возможно, полезные, пригодны лишь ограниченно. Более достоверный при тяжелых формах олигофрении (как и клинические методы) тест Бине может ввести в заблуждение в относительно мягких случаях (точно так же как и клиника заболевания). Во-первых (цитирую ряд работ по E. Zigler), в течение жизни IQ может меняться – и в немалой степени: иногда до 50 (!) пунктов. Во-вторых, что, может быть, еще важнее, сам по себе он не в состоянии предсказать последующее приспособление больного к жизни: здесь большую роль играют личностные особенности, степень эмоциональной сохранности, являющиеся в свою очередь следствием вовлечения в процесс или интактности инстинктивной и аффективной сферы. Чем ближе тот или иной «олигофрен» к парциальным видам интеллектуальной слабости (врожденная алексия, аграфия, акалькулия и т. д., которые в своем чистом, изолированном, виде выводятся, как известно, за пределы олигофрении), тем его компенсаторные способности выше и шансы устроиться в жизни лучше; чем больше выражена «сопутствующая» патология: чувств, воли, общения – тем прогноз хуже. Частота же этих «аддитивных» расстройств, по самым осторожным оценкам, огромна. В часто цитируемой работе под ред. F. J. Meuolascino приведен ряд изысканий такого рода – в предшествовавших исследованиях и в произведенных авторами сборника (цитирую по Th. G. Webster).

Woodward e. a. в 1958 г.: «Несмотря на все усилия, направленные на исключение явных случаев шизофрении, все наши дети (олигофрены), кроме одного, обнаруживали те или иные шизоидные признаки… аутистический уход от реальности и такого же рода занятия… очень странные жесты и маньеризмы… единственное исключение относилось к ребенку с выраженными компульсивными и персеверативными чертами поведения. Некоторые из этих детей обнаруживали ту или иную способность устанавливать контакты со взрослыми, но общение их отличалось меньшей теплотой, чем у нормальных детей того же возраста. Обычными были страхи и боязливость».

Согласно Chess, 1946 г.: 70 % олигофренов обнаруживали «иную» психическую патологию.

У самого Webster из 159 детей-олигофренов ни один не был признан нормальным «в прочих отношениях». Это известно и близко каждому, кто занимался когда-либо олигофренами, – интересно то, какая патология психики отмечена этим автором. Характерными для олигофренов он считает «аутизм, персеверативность, тугоподвижность психики, тупость и уплощенность аффекта, пассивность и элементарность психической жизни». Тут тоже нет ничего нового – в сравнении, например, с описаниями олигофренов у Г. Е. Сухаревой, но любопытно сопоставление этих черт с таковыми других психических больных: истина, как известно, познается в сравнении. Аутизм олигофренов, считает автор, не повторяет собой аутизм шизофреника, где он сопряжен с негативизмом, – это, скорее, некое стремление к сохранению инертного покоя и бездеятельности и, как следствие, к одиночеству; но и в таком, смягченном, варианте он часто – предвестник будущего психоза. Персеверативность олигофренов, проявляющаяся, в частности, в стремлении играть в одни и те же игры, в отличие от детей-шизофреников, свойственна более активным и эмоционально сохранным детям: она насыщена поиском удовольствия – чего нет у шизофреников, у которых сходная деятельность более машинальна, «дефицитарна», является как бы следствием схематизма и стереотипии психики, изначально присущих им и все более прогрессирующих. Негативизм также част у олигофренов: они отказываются от предлагаемых им заданий, просьб, требований – но, в отличие от молчащих при этом шизофреников, объясняют свой отказ: ссылаются на неспособность и неумение, обнаруживают видимое неудовольствие, когда «нарушаются покой и единообразие их жизни». (Любопытно, что и американские авторы одержимы тем же стремлением «расщепить волос по длиннику надвое»: то есть во что бы то ни стало разделить на

контрастные противоположности то, что по природе своей составляет естественную непрерывность. Это настоятельная потребность напоминает об известном правиле: «разделяй и властвуй» – хотя речь идет всего лишь о владении предметом знания.)

Мы извиняемся перед читателем за столь длинное отступление, но оно необходимо для изложения нашего собственного материала. Мы тоже не нашли в населении «чистых» олигофренов: почти все они были «сверх того» отягощены «иными» расстройствами, подозрительно схожими с таковыми у носителей других психических заболеваний. В иных же случаях уместнее было говорить не об олигофрениях, а о наследственных органических заболеваниях головного мозга с умственной отсталостью и сложными психотическими, «шизофреноподобными» синдромами. Большая часть выявленных «олигофренов» была отягощена семейно – как сходной, так и «иноименной» патологией: преимущественно – «психопатиями» шизоидного спектра.

Изложение материала мы начинаем с тяжелых олигофрений. Один из немногих случаев близких к традиционному представлению о «чистом» малоумии, проявляющемся исключительно или предпочтительно в задержке умственного развития:

Набл.105. Мужчина 22 лет. Отец деспотичный, пьющий; пьяный, скандалит (набл.167). Мать недалекая, невротизированная семейной обстановкой. Ребенок развивался с рождения со значительным запаздыванием: пошел с 1 года и 10 месяцев, первые слова начал произносить в 6 лет. Был во вспомогательной школе с 8 до 16 лет, выучился считать до 10 и машинально, не понимая текста, читать. Всегда был вялым, апатичным, покорным. Работает на картонажной фабрике, ездит туда без сопровождения. Покупки делает только простые: «чтоб без сдачи». Следит за собой, аккуратен. Играет до сих пор с маленькими девочками. Стал называть в последнее время то одну, то другую из них «моя невеста». В последние два года более раздражителен, ссорится с пожилыми женщинами во дворе, любит жечь бумагу. Пассивен в беседе, ответы односложные, уровень понимания чужой речи низкий, не старается вникнуть в смысл вопросов – особенно многословных (В).

Несмотря на большую грубость собственно интеллектуальных расстройств, этот больной относительно приспособлен к жизни, работает. Из «позитивных» психопатологических расстройств следует отметить поздно выявившееся, существующее еще в начальной стадии расторможение влечений: начатки пиромании и проснувшийся интерес к маленьким девочкам – явления, могущие со временем сделать этот психиатрически безобидный случай более опасным. Далее многочисленные менее «типичные» случаи. (В психиатрии, как водится, – чем «атипичнее», тем чаще.) Два брата:

Набл. 106. Мальчик 5 лет. Мать и отец пьют. Мать прежде была «приличной» женщиной, пьянство ее в «считанные» месяцы преобразило: детьми не занимается, вымогает в абстиненции деньги у своей матери; каждый раз одинаково громко хлопает дверьми в опьянении. Бабка молчаливая, странноватая на вид, безропотно «несет свой крест», сведения давала односложно, при более настоятельных расспросах начинает говорить путано, непоследовательно, бестолково.

Ребенок родился в срок, ходить стал вовремя. Речь до сих пор невнятная, не выговаривает многих звуков, словарь крайне беден, фразы короткие. Постоянно пребывает в хаотическом вихревом движении: скачет, прыгает по комнате, с пола на диван и обратно, прыжки эти выглядят всякий раз неожиданными и бесцельными, сопровождаются громким криком. Требователен, драчлив – гулять его не выводят, потому что тут же нападает на детей, отбирает у них игрушки; *бабка* ни на шаг от него не отходит. В беседу вовлечь не удается – дружелюбно гогочет, затем теряет интерес к врачу, так же не обращает внимания на бабку, которая непрерывно его придерживает (А).

Набл. 107. Мальчик 13 лет, его брат. В раннем детстве был необычайно пугливым и нервным. От всякого стука сильно вздрагивал, кривил ротик, вскрикивал по ночам. К 4–5 годам стал более покоен, вял, пассивен, медлителен и малоподвижен. Учился плохо, был, по оценке учителя, «туп», дублировал 4-й класс. Отличается подчеркнутой, утрированной вежливостью и готовностью к послушанию. В последний год безмолвно враждует с пьющей

и скандалящей матерью, «не признает» ее. Молча помогает бабушке в ведении хозяйства, ходит в магазины, аккуратно приносит сдачу, в остальное время сидит, как дежурный, в терпеливом ожидании или же с тем же служебным видом, без собственного интереса занимается случайным делом, пока бабушка не попросит его о чем-то.

Обращает на себя внимание своеобразным «жеманством», тонкой манерностью всего моторного облика: медлителен, движения, походка как бы растянуты во времени и невольно привлекают к себе внимание. Отвечает коротко и сугубо формально, ничего о себе не сообщает, избегает смотреть на врача – взгляд в сторону, терпеливый, отсутствующий, «пережидающий». Осторожно постукивает пальцами по столу и внимательно прислушивается к стуку. При расспросах о матери сделался подавлен, стал держаться более вызывающе, но не изменил ни позы за столом (сидел откинувшись всем корпусом), ни манеры отвечать – односложной и как бы нарочито бессодержательной (В).

Меня, помнится, поразило это постукивание по столу: осторожное, вкрадчивое, имеющее какой-то трудно определимый ритм – некая телеграфная морзянка, ни к кому не обращенная, но ему внутренне необходимая. Почти полный мутизм этого ребенка, его отгороженность от окружающих придавали ему сходство с детскими и прочими шизофрениками, но особенности его «растянутой», «резиновой» моторики, отношение к бабушке и матери (вполне естественное и эмоционально сохранное), его домашнее поведение в роли единственного и незаменимого помощника в ведении хозяйства – все это на «обычную шизофрению» не походило и заставляло думать скорее о наличии наследственного (?) органического поражения мозга, производящего в качестве мышечного синдрома не столько кататонические, сколько паркинсоноподобные расстройства – тоже подкорковые, но с иной клиникой и с иной сопутствующей психической патологией.

Его младший брат лучше вписывается в традиционное представление об «олигофрений» – вследствие большей выраженности интеллектуального дефекта. Но и у него на первом плане не столько малоумие, сколько общий гиперкинетический синдром с постоянным двигательным возбуждением, в хаосе которого заметны стереотипии – именно из-за него он и нуждается в первую очередь в постоянной опеке и наблюдении; эта бесконечная «двигательная буря» имеет некоторое сходство с кататоническим возбуждением.

В чем-то похожий случай из следующего наблюдения.

Набл. 108. Мужчина 22 лет. В семье без существенных особенностей…

(Впрочем, под этой трафаретной справкой при любом сколько-нибудь массовом обследовании населения имеется в виду лишь то, что в семье нет бросающейся в глаза, из ряда вон выходящей патологии, а «отклонения» если и есть, то носят настолько общий, широко распространенный характер, что их трудно и утомительно всякий раз фиксировать: им несть числа, они универсальны – необычно скорее их отсутствие. Я поднял архивы и посмотрел, что было в этом случае. Уточненные данные сообщают следующее. Отцу 54 года, он русский, рабочий высокой квалификации. Был в детстве вспыльчив и драчлив. В последние годы, после относительного «затишья» в зрелом возрасте, вновь стал более раздражителен и вспыльчив – «дерется» дома. Выпивает – в какой мере, не выяснено. Матери 54 года, она описана в разделе начальных стадий церебрального атеросклероза – с неврозоподобным синдромом, с ухудшением состояния в связи с постоянно травмирующей семейной ситуацией; преморбидно «ничем не примечательна». Сестре больного 20 лет, в раннем детстве она была нервной, затем – стеснительной, застенчивой, лет в 14–15 стала «смелее»; характеризуется несколько рассудочной, внешне суховатой, но обидчивой и ранимой; работает на заводе, имеет высокий квалификационный разряд.)

Больной родился с весом 2,5 кг, с ростом 45 см. В роддоме сказали, что были судороги, других подробностей мать не знает. Развивался с опережением сроков: зубы прорезались в 4 месяца, отдельные слова начал говорить в 8, фразовая речь – с 10–12 месяцев. Говорил чисто, выговаривая все звуки и правильно согласуя слова. Ходить стал в год. В последующем сравнялся в развитии с остальными детьми. В раннем детстве и до школы был

очень спокоен, вяловат, боязлив, «не лазил никуда, как другие», мог проводить время в детском обществе, но не тяготился и одиночеством, часами играл один. Каких-либо других особенностей или отклонений родители не замечали. В общую школу, однако, допущен не был. Родители утверждают, что мальчик испугался врача, и не отвечал поэтому на простые вопросы. Учился во вспомогательной школе. Был и там вял, нерасторопен, медлителен, за 8 лет учебы научился лишь писать и считать, все давалось с усилиями, особенно практические навыки, хуже всего было на уроках труда. Жил в интернате. Приходя домой молчал, сидел без дела, «из него нельзя было слова вытянуть». После школы был устроен грузчиком на предприятие, использующее труд инвалидов, живет с родителями. На работе ни с кем не общался, долгое время молча отдавал получку каким-то парням, работавшим там же и грозившим ему побоями; ни разу не пожаловался на них родителям. Неряшлив, мать по утрам с трудом заставляет его умыться, крайне медленно одевается. Приходя с работы, иногда берется за газеты, читает, слушает радио. Интересуется футболом, знает все его новости, помнит фамилии игроков, иногда ходит на стадион: один или с отцом. Во дворе сидит со стариками, боится ребят, которые его бьют. В последние два года меняется: начал требовать у матери, чтобы она его «женила», открыто, не стесняясь, онанирует. Стал в это время более раздражителен и упрям, повышает голос на мать, «жаден на деньги», перестал отдавать зарплату «рэкетирам», и те от него отстали. Подолгу смотрится в зеркало, часто встает по ночам и часами стоит без движения, в застывшей позе. Стал упускать мочу и иногда – кал, чего раньше не было. Приходит домой грязный, не говорит ни слова и, кажется, не тяготится тем, что испачкан. Пьет воду в больших количествах: в эти 2 года выявлен несахарный диабет. Стал еще медлительнее, подолгу застывает в одних и тех же позах: сидит, например, держась за голову, вялый и безжизненный.

Выглядит лет на 18. Лицо не похоже на «олигофреническое»: выражение его отрешенное, черты заострены, «кожа в обтяжку», взгляд мимо врача. Движения крайне медленные, «ползучие», «осторожные». Увидев незнакомого человека и узнав, что он врач, заметно испугался, замер, затем, преодолевая очевидную инерцию, «двинулся в путь», робко приблизился к столу, неловко сел. В ответ на вопросы стереотипно, «смущенно» и «дежурно» улыбается, никому в отдельности свою улыбку не адресуя, но сестре, которая попыталась вмешаться в разговор, неожиданно резко сказал: «Уйди, чего тебе». Со временем начал односложно отвечать врачу, чем вызвал удивление родителей («Смотри, разговорился!»). Повторяя одни и те же фразы, жалуется на отца с матерью: «у них характер упругий», они «такие хорошие, что бежать хочется», называет их «прокурорами». Ограничивается общими обвинениями, не разъясняет, чем вызвано его недовольство. Правильно складывает и вычитает большие числа, но делает это крайне медленно; получив задание на умножение, склоняется и надолго замирает над бумагой, оправдывается тем, что «давно не держал в руках карандаша», повторяет эти слова несколько раз кряду – как и другие свои фразы. Легко прерывает разговор, надолго умолкает, однообразно улыбается взамен ответов. Спонтанная речь лишь однажды: спросил у сестры, какой будет фильм по телевидению (А).

Назвать эту болезнь олигофренией, как в диспансере, значит ничего не сказать или сказать очень мало. Совершенно ясно, что перед нами «текущее» и «органическое» по своей природе и клинике заболевание. В пользу этого говорят стертый экстрапирамидный двигательный синдром, несахарный диабет и появившееся в 20 лет недержание мочи и кала. В клинике ему бы, наверно, поставили диагноз последствий перенесенного энцефалита неуточненной этиологии с неблагоприятным отдаленным течением, что клинически ближе к истине, но это, по-видимому, все же наследственная, хотя и «органическая», патология: ускоренное развитие ребенка в раннем периоде жизни, метаморфоза вундеркинда в тупоумного не свойственны, кажется, никаким заболеваниям, кроме генетически обусловленных. «Олигофрения» его не столько в отсутствии у него умственных способностей, сколько в «невозможности ими воспользоваться»; речь, при количественной бедности, наделена словами, предполагающими достаточный уровень абстрагирования:

«упругий характер», «прокуроры-родители»; медлительность же – типично брадипсихическая.

Еще один столь же «сомнительный» случай, но в ином, «пропфшизофреническом», роде.

Набл. 109. Женщина 42 лет. Матери 67, она русская, неквалифицированная рабочая в прошлом. Всегда была молчалива, необщительна, пассивна, склонна к уединению, пониженному настроению. В последнее время настроение постоянно удрученное: раздражительна, не хочет ни с кем общаться, жалуется на физическое нездоровье, но жалобы носят самый общий и неопределенный характер. Сведения о себе дает нехотя, о дочери – чуть лучше, но тоже – лишь при усиленных расспросах. Отнесена к шизоидам.

Больная родилась в срок, ходить стала с полутора лет, говорить – с двух. В школу пошла в 7 лет, вела себя там тихо и незаметно, но с первого же класса обнаружила неспособность к обучению, «плохо соображала». Нашли умственную отсталость, была переведена во вспомогательную школу, где каждый класс дублировала. Научилась только читать, была безразлична к учебе, ничем вообще не интересовалась. Оставалась молчалива, замкнута, ни с кем не разговаривала и не ссорилась, была «как посторонняя». Жила после школы с матерью. В 19 лет сделалась тревожна и беспокойна, испытывала страхи, уходила из дома. Была стационирована, выписана лишь через полгода с диагнозом «психоз у олигофрена». Страхи вскоре возобновились: перестала разговаривать дома, сделалась враждебна к матери. Вновь стационирована, переведена в загородную больницу для хроников, пробыла там два года (истории болезни утеряны), с тех пор живет дома. Состояние однообразно: молчалива, с матерью переживаниями не делится, «скорее другим пожалуется» (на головную боль, на боль «внутри»). Ничего по хозяйству не делает, говорит, что не умеет, сидит весь день со «скучным» выражением лица. Соседей избегает и, когда те заходят и спрашивают ее о чем-нибудь, не отвечает, но повторяет то, что говорит мать. Мать пыталась устроить ее на какую-нибудь работу, но отовсюду уходила: не высиживала и нескольких часов, говорила, что «надоело». В диспансер, где стоит на учете с диагнозом «олигофрения в степени имбецильности», ходит раз в год, на приеме молчит, возвращается оттуда в обычном настроении. Только однажды пришла после приема возбужденная, ругала врача, который сказал, что ей нужно искать жениха, обозвала его «дураком»: «Не мог ничего лучше придумать!» В последние два года ходит в одну семью, где в отсутствие родителей сидит или гуляет с ребенком. Детей любит. Выглядит моложе своих лет. Неприветливая, отчужденная; часто раздражается, недовольна беседой, повторяет одни и те же фразы, но от разговора не уходит и не прерывает его. Говорит, что все есть в истории болезни в поликлинике, она ничего не помнит: «давно все было». Настроение у нее «всегда такое», «никого не люблю, ничего не люблю», «безразличная» (ее собственные слова). Жалуется на головную боль – будто бы после того, как два года назад поскользнулась и упала. Недовольна глухонемыми соседями: они шумят, голова от них болит еще больше. Вопрос, ходит ли она гулять с мальчиком (соседей), поняла превратно и ожесточилась: «Нужны мне эти мальчики, никого не люблю!» Не выполняет заданий на счет, умножение: ссылается на то, что все забыла. В ходе разговора не меняется, мимика недовольная, интонации ворчливой спорщицы, ни с чем ни разу не согласилась (А).

По традиционной диагностике – это «осложненная» олигофрения, «олигофрения с параноидным психозом»: со страхами и, по-видимому, бредом в отношении матери. Степень собственно малоумия здесь завышена: имбецильность вряд ли допускает возможность критической самооценки, а она называет себя «безразличной». В ее речевом статусе обращают на себя внимание персевератиные повторы, эхолалия, в эмоциональном – тусклость, монотонность, пассивность, безучастность, оппозиция окружающим, которую она сама формулирует как нелюбовь ко всему и всем. Иначе говоря, клинически это некий гибрид «шизофрении» и «олигофрении», где неясно, каков уровень собственно интеллектуальных расстройств и каков – «способности» и «желания» ими пользоваться. В клинике бы нашли компромисс и поставили ей диагноз пропфшизофрении, что лучше – тем,

что связывает воедино оба заболевания. Напомним, что еще один случай пропфшизофрении (?) был описан выше, среди параноидов неясного характера (набл.17).

Далее – более мягкие случаи, еще более трудные для «дифференциальной» диагностики, примером чему – следующее семейное наблюдение: мать-дочь-сын (где последний – имбецил с тяжелой степенью олигофрении).

Набл.110. Женщина 51 года. Отец– крестьянин, непрактичный, бесхозяйственный, безалаберный. Мать умерла от туберкулеза легких, была чрезмерно брезглива и чистоплотна, ела только дома. Обследуемая кончила 4 класса, работала в колхозе, переехала в Москву, где поступила в прислуги. Отличалась стеснительностью, нетребовательностью, «отсутствием своего мнения». Лет с 20 стала более общительной, любила петь, легко вступала во внебрачные связи и беременела, не умея предохраняться и не требуя этого от партнеров. Вышла замуж, по совету тетки, за тяжелого пьяницу и шизоида, с которым прожила более 20 лет. Из 4 ее детей трое не от мужа: объясняет это своей «добротой». Работала 10 лет штукатуром, в последние годы – санитаркой в психиатрической больнице.

Отмечает, что лет с 30 стала «нервная», с того же времени – чрезвычайная неустойчивость в настроении, мнительность и особого рода внушаемость: «за доброе слово» могла все отдать и потом плакать, что ее «оставили в дурочках». Стала постоянно взбудораженной, беспокойной: на новой работе находилась под впечатлением рассказов о душевнобольных и их возможной опасности, страшилась их, но жалела и в работе относилась к ним, по ее словам, по-человечески. В последние 3–4 года свою постоянную готовность пугаться и приходить в волнение связывает с квартирными неурядицами. Жила вначале с душевнобольным соседом, боялась его – особенно когда он застывал в одной позе в коридоре. Опекала и безвозмездно обслуживала его, но обратилась в конце концов в диспансер и его положили в загородную больницу. После него в квартире поселился тяжелый психопат-графоман (набл.39), которого она тоже поначалу опекала, обстирывала и убирала за него места общего пользования, затем, после незначительной ссоры (он обругал ее сына, намусорившего в ванной, и отказался помочь в ремонте), обиделась и перестала помогать ему. Ожидала, что он извинится – тогда бы вернулись прежние отношения, но он вместо этого стал изводить ее глупыми насмешками, издевался над ней (это соответствует действительности). Стала нервной, вздрагивала, ее «всю трясло» от одного его вида. Затем, после того как нашла на кухонном столе доску с торчащими вверх гвоздями, поняла, что это предупреждение, решила, что сосед хочет убить ее. Он также налил будто бы под ее дверь «клопомор», мотивируя это тем, что от нее к нему ползут клопы (сосед это отрицает, но и это или нечто подобное тоже возможно). Начала прятать от него сына и внука, которого ей привозят на попечение. В воскресенье, когда сосед дома, живет с детьми как на осадном положении, запирается. В последние годы выпивает с сожителем дочери, отношение к которому у нее «ходит как маятник»: то поддерживает дочь, не оформляющую брака с ним, соглашается с ней, что он законченный пьяница, то становится на его сторону – он же, пьяный, бьет их обеих. Остается постоянно сосредоточена на квартирном конфликте, полна наихудших предчувствий, но никаких мер в связи с этим не предпринимает: объясняет это тем, что ничего не сможет доказать – поверят не ей, а соседу-инженеру.

В момент осмотра «навеселе». Выглядит немного чудаковатой, угловатой. С «комичной», аффектированной жестикуляцией и повествовательной, нарративной, интонацией, словоохотливо, без всяких задержек, распространяется о подробностях квартирных ссор. Убеждена в том, что сосед хочет ее убить или выжить: главное доказательство тому видит в доске с гвоздями и еще – гантеле, которую он тоже «не случайно» оставил на кухне. Допускает, что сосед намерен отправить ее в психиатрическую больницу. Обследователь представился ей невропатологом но она быстро угадала его профессию и в течение беседы не раз с улыбкой спрашивала, не считает ли врач, что она больна психически. Отмечает в себе почти болезненную любовь к чистоте: «не могу пройти мимо грязного белья» – этим отчасти объясняется то, что она всегда всех обстирывала. Сосед говорит про нее, что она «вечно что-то трет» (В).

Набл. 111. Женщина 24 лет, дочь описанной выше. Об отце ничего достоверного. Кончила 10-летку, училась средне, была «не очень общительна», ко всему внешне безучастна, легко уступала тем, кто был настойчивее ее и сильнее характером. В молодости внешне мало отличалась от сверстниц, ходила «как все» на танцы, но там довольно безразлично относилась к тому, танцуют с ней или нет. Кончила поварское училище, стала работать по профессии. Оставалась «скучной» – после работы «ничем особенным не занималась», была медлительна, нерасторопна, однообразна, хотя на настроение и состояние свое никогда не жаловалась. Сошлась с сотрудником-поваром, имеет от него дочь, живет с ним вне брака. Он пьет и, когда пьян, страшен: дерется, «может убить», по словам матери. Несколько раз обе вызывали милицию. После таких сцен съезжает от него к матери, затем под его нажимом, которому не может противостоять, мирится с ним и переезжает на его квартиру. Каждый раз ссоры и примирения совершаются одинаково и всякий раз будто впервые в жизни: «без памяти на прошлое». Остается все той же – постоянно вялой и аморфной: недавно в первый раз в жизни была на море, но и там быстро «соскучилась», оно не произвело на нее впечатления. В свободное время немного читает, в основном – приключенческие романы.

Выглядит неприметной, «уставшей», слегка заторможенной: говорит, что приехала с прогулки на пароходе с дочерью, где утомилась. Движется по комнате совершенно бесшумно и незаметно. Во время разговора смотрит мимо, говорит медленно скупыми, растянутыми во времени фразами, которые часто звучат уклончиво. В ответ на уточняющие и прямо поставленные вопросы единообразно посмеивается, часто отмалчивается; просьбы же врача и матери сделать то или иное выполняет почти автоматически. Жалоб на самочувствие, настроение, положение ее дел от нее, по словам матери, «не дождешься» – равно как и каких-либо вопросов или самостоятельно высказанных суждений. С работой вполне справляется, имеет высокий квалификационный разряд, но о работе дома не говорит ни слова (С).

Набл.112. Мальчик 12 лет, брат описанной выше. Об отце ничего достоверного. Родился на 3 недели раньше срока. Ходить стал в 1 год и 2 месяца, не говорил до 5 лет.

165Посещал специальные ясли, затем такой же детсад. В 3 года стали жаловаться, что ребенок беспокоен: бьет посуду в детском саду, жует белье, набрасывается на детей, царапается. С этого времени стационируется. К 5 годам стал несколько послушнее, в это же время появились отдельные слова, но периодически вновь делался возбужден, убегал, его привязывали. С 6 лет начал приставать к девочкам, онанировал. Когда мать брала его домой, убегал, весь день где-то пропадал, бегал с палкой в руке, садился в лужи, домой возвращался «в невообразимом виде». Временами и на этом фоне бывали состояния особенно бурного возбуждения. Жег бумагу *в* ванной, прожег обои в прихожей. Много и неряшливо ел, громко требовал еду от матери. Был очень полным: в 10 лет весил 50 кг; в течение последнего полугода похудел и вырос: рост сейчас 170 см, размер ботинок 42-й. Стал тише, не так часто онанирует, как прежде, но остается неусидчив, не способен сосредоточиться на чем-либо. Ведет себя как трехлетний малыш, бегает по квартире, ползает по полу на коленках, кидается игрушками, ломает их, крутит в руках, раскачивается; какие-либо занятия с ним возможны лишь в течение нескольких минут, не более. Речь косноязычна, неразборчива, способен лишь на самые элементарные фразы. Пытается нарисовать что-то, но не выходит, читать и писать не научился. Во сне страхи, кричит. Сложен неравномерно, с избыточным отложением жира на ягодицах. К врачу интереса не проявляет, продолжает играть сидя на полу (А).

Такова эта семья. В ней прямое отношение к олигофрении имеет лишь сын, страдающий тяжелой имбецильностью с гиперкинетическим синдромом, расторможением влечений, телесной диспластичностью. Его мать, при первом знакомстве со случаем, тоже может быть расценена как «дебилка»: она повышенно внушаема, безвозмездно и унизительным для себя образом обслуживает других, ее суждения переменчивы, движимы минутным настроением, ее всю жизнь обманывали и эксплуатировали. При более внимательном рассмотрении оказывается, однако, что уровень ее суждений вполне

соответствует среднему, что она достаточно наблюдательна и правильно оценивает ситуацию; выявляется далее, что ее «обстирывание» соседей едва ли не необходимо ей самой: из-за почти навязчивого влечения к мытью и стирке, преувеличенной чистоплотности и брезгливости, неспособности «пройти мимо грязи». Ее параноид, производящий поначалу впечатление психогенного (поскольку он появляется на высоте квартирного конфликта и из него «тематически вытекает»), по мере его развития начинает все более походить на эндогенный – из-за возрастающего значения деталей, вокруг которых центрируется теперь бредовая фабула. Иначе говоря, еј можно отнести скорее к шизофреническому полюсу наследственной патологии, чем к «олигофренному», к которому несомненно относится ее сын (хотя и у него наблюдаются эндоформные флюктуации состояния с усилением психомоторного возбуждения и с периодической агрессией). Дочь больной с ее пассивной подчиняемостью обстоятельствам, аспонтанностью, монотонно безликим, «скучным» настроением, «дрейфом по жизни», фактической амбивалентностью (при вполне достаточных умственных способностях) – также из шизофренного круга патологии, хотя и ее, при большом желании, можно назвать «дебильной»: мотивируя это тем, что ею в жизни тоже помыкают и манипулируют.

Дебильность – одно из самых сложных для психиатрической квалификации состояний. Это положение легко иллюстрируется примерами из выборки: она мала, но речь идет о широко распространенных феноменах. Ниже случай дебильности с параноидом в анамнезе: на этот раз, кажется, в самом деле психогенным.

Набл.113. Женщина 50 лет. Из крестьян Тверской области. Рано умерших родителей не помнит. Брат – рабочий, сестра – колхозница, оба с «хорошим» характером. В детстве, по-видимому, тяжелый рахит: не ходила, по ее рассказам, до 5 лет, был большой живот и тонкие ножки. Кончила 2 класса, училась плохо, что связывает с тем, что скиталась по чужим людям. Жила в няньках. Была нетребовательной, покладистой, исполнительной. Долго не понимала, что у нее нет родителей, считала ими дядю и тетку, которые ее не удочеряли, но лишь опекали на расстоянии. Месячные с 14 лет, интерес к молодым людям с 19–20: работала тогда мойщицей в столовой и «заглядывалась» на посетителей.

В войну (в 1941 г. ей было 22 года) попала в оккупированную зону. Была там потрясена сценами избиения родственников, в том числе малолетних: «по голове били». Жила тогда и по прекращении оккупации в постоянном паническом страхе, вздрагивала от шума и без причин, «сама по себе», пугалась, чувствовала себя совершенно беспомощной и беззащитной. Была мобилизована на фронт прачкой. Здесь познакомилась с будущим мужем, который, сойдясь с ней, не смог ее оставить, «пожалел»: «куда бы она делась». После войны ей еще в течение 2–3 лет казалось, что на улице немцы: видела похожих на них людей, боялась и «своих», потому что в войну «и свои предавали». Муж ежедневно встречал ее после работы. В последующем страхи этого содержания прекратились, но осталась постоянная готовность к тревоге по самым разным поводам: сейчас, например, живет в страхе за сына, служащего в армии. Не может смотреть фильмы о войне – тут же приходит в волнение, плачет. Имеет двоих детей, 20 и 22 лет. Дома очень заботлива к близким, хозяйственна; интересы ее ограничиваются семьею. Телевизора часто «не понимает». В свободное время любит гулять с мужем, гордится им и семьей. Физически была прежде здорова. В последние два года после работы (мойщица машин) – головные боли. О смене места не думает, к врачам не обращается, не любит и боится поликлиники – как и всякого другого официального учреждения.

Полная, приземистая, «рыхлая», с крупными чертами лица. Держится застенчиво, «незадачливо», отвечает послушно и всерьез, легко уступает разговор мужу, стеснительно умолкает в его присутствии, уходит в другую комнату. Муж и дочь беззлобно вышучивают ее – она не обижается, лишь привычно и с виноватым видом оправдывается. При рассказе о пережитом волнуется, краснеет, делается подавлена– голос начинает дрожать, говорит, что «на всю жизнь память от войны осталась» (С).

Этот случай, с не меньшим на то основанием, можно было изложить в разделе

психогений военного времени, но можно рассмотреть и здесь – в той мере, в какой речь идет о «почве», на которой разыгрывается «параноид оккупации»: дебильность с повышенной внушаемостью и «пугливостью» является субстратом, на котором, по-видимому, особенно легко развиваются психогенные параноиды (И. Н. Введенский и М. С. Хейф). Эта женщина действительно может быть отнесена к дебильным личностям. Она недалека, недопонимает, например, телевидение, доверчива, привязчива, не умеет и не хочет смотреть правде в лицо – ей, в частности, трудно было понять, что у нее нет родителей, и примириться с этой мыслью: вследствие, видимо, не столько слабости ума, сколько – известного оптимизма дебильности, тенденциозного самообмана, аффективного видения реальности. Социальная адаптация этой «дебилки», однако, вполне достаточна. Она замужем, работает, имеет семью, детей и гордится этим: здесь очевидная причина того, что она так любит выходить гулять с мужем. В каком-то отношении ей повезло: муж ее – человек безусловно положительный, но дело тут не только в его качествах: из жалости не женятся и, во всяком случае, не живут так долго – она сама «кузнец своего счастья», какие-то иные ее качества и достоинства послужили противовесом ее неспособности к абстрактной логике. Речь идет по существу о том, что такое дебильность и исчерпывается ли интеллект одними вербальными и логическими операциями. Американские авторы, которые всему на свете дают новые обозначения, называют «компенсаторные механизмы», которыми пользуются дебилы для возмещения своих интеллектуальных дефектов, «некогнитивными детерминантами поведения» (E. Zigler). Последние включают в себя: «повышенную потребность в социальном подкреплении» (social reinforcement), «усиление тенденции избирательности в социальном сближении и избегании», «использование типовой реакции заученной беспомощности» (learned helplessness) и т. д… Если перевести все это на «язык родных осин», то (по всей очевидности) это будет означать, что дебильность как «неспособность к абстрагированию» представляет собой нечто сходное с «очаговыми» психическими дефектами: алексией, аграфией, акалькулией – выявляющимися более всего в достаточно искусственных школьных условиях. Они (эти дефекты) активно скрываются их носителями и «компенсируются» ими за счет иных психических качеств: интуиции, эмотивной чуткости, пластичности в подражании и приспособлении. Как не умеющий читать всячески избегает обстоятельств, где становится явной его неграмотность, так и наша подопечная уходит от ситуаций, где «разоблачается» ее речевая неразвитость и «неспособность к логическому мышлению»: предоставляет вести разговор мужу и дочери, робеет перед врачом (или привычно разыгрывает такую робость), не посещает официальных учреждений, которые своим воинствующим формализмом и открытой или подспудной агрессией пугают ее и отнимают у нее последнее соображение. Она всю жизнь стремится возместить свои умственные долги и делает это не только ценой физических усилий (на таких людях обычно держится вся «механическая» работа в доме), но и подключает к делу куда более тонкие психологические «механизмы». Она, как пишут американцы, постоянно играет роль «заученной беспомощности» и незадачливости: позволяя родным подтрунивать над ней, доставляя им удовольствие считать себя умнее ее и тем утверждать собственное превосходство: обнажает перед ними свою незащищенность, что на языке инстинктов означает биологический сигнал о помощи. В этом отношении она напоминает инфантильных «истериков», но истерики сызмалу «испорчены» иной патологией, они заражены «манией величия», им всегда нужно больше, чем всем прочим, – чего-то особенного, исключительного, а эта женщина добивается лишь того, что ей (и она твердо это знает) «положено от природы», «свою долю счастья» – достигает своей цели и тем заслуживает общего уважения.

(По-видимому, «компенсация» в таких случаях идет за счет «невербального», интуитивного, словесно не опосредованного, живого восприятия и мышления и столь же «архаичных» аффективных форм поведения; такие «дебилы» способны «читать с лица» и вести себя инстинктивным и потому – единственно или наиболее верным способом. В случаях, подобных последнему, то есть – «сохранной» дебильности, ограничивающейся

некомпетентностью в отдельных видах умственной деятельности, с мягким инфантилизмом и психастеническим ядром, есть еще одна подкупающая черта, а именно – удивительная живость и сохранность эмоций таких лиц, их преданность, не знающая времени и естественного увядания. Она находит ценителей среди любителей всего детского и вечно юного. Дездемона среди «нормальных» людей возможна лишь в подростковом возрасте – любовь же и страсти некоторых «дебилов» не помнят времени, вечны в своей первозданной свежести и нетронутости. В них есть что-то роднящее их с сензитивными дефензивными эпилептоидами, но без вязкости и бессознательной эгоцентричности последних: ими движет своего рода первозданное, недифференцированное, слепое чувство или чувственность, нечто всепоглощающее и всеобъемлющее – своего рода «мать сыра земля» русского фольклора, и эта эмоциональная насыщенность и сохранность «бережет» их и возмещает их дефекты в иных сферах – все столь бросающиеся в глаза и столь общественно значимые недостатки и неудачи у классной доски, в официальных приемных и т. д.)

Дале – случай с судорожным синдромом и сочетанием в последние годы сосудистого заболевания и депрессии. Если бы не факт учебы во вспомогательной школе, обследователь не обратил бы внимания на интеллект этой женщины, чей умственный уровень был, как говорится, «на нижней границе нормы».

Набл.114. Женщина 48 лет. Москвичка. Отец – квалифицированный рабочий, мать – контролер на большом заводе, оба спокойные, разумные, доброжелательные.

Развивалась с отставанием: ходить стала с полутора лет, зубы появились в 3,5 года, долго не выговаривала ряд согласных. В возрасте двух лет был судорожный приступ, после которого в течение года был «перекошен рот». Припадки продолжались до 12 лет; кроме судорожных, частоту которых установить трудно, были кратковременные отключения сознания – при них постепенно сползала со стула, так что ее иногда успевали подхватить; после приступов такого рода чувствовала «минут десять» холод во всем теле и не могла согреться.

Училась (во вспомогательной школе) с трудом: «все забывала». Была вяла, пассивна, застенчива и обидчива, легко начинала плакать. Лет с 12 стала «смелее», подружилась с несколькими девочками, стала лучше учиться и держаться увереннее на уроках, стала лучше память. В 13 лет пошла в ремесленное училище, которое не закончила из-за начавшейся войны. Работает с 14 лет: грузчицей на заводе, затем клейщицей резиновых изделий. Месячные с 16 лет, регулярные. В 19 лет начала встречаться с молодым человеком, за которого вышла замуж. Была в то время веселой, жизнерадостной.

Припадки возобновились в 18 лет: на работе начала внезапно хохотать, затем был развернутый судорожный приступ с недержанием мочи, с головными болями и разбитостью в течение последующего дня. Вскоре подобный приступ повторился. Получила 3-ю группу инвалидности, устроилась лифтером. В 20 лет инвалидность сняли, но осталась работать там же. До 29 лет припадки были редкими, случались обычно на улице, в кино, однажды – в цирке. Оставалась «веселой», не стеснялась своей болезни. В семье была аккуратной, домовитой, очень заботливой по отношению к ребенку. Мужу подчинялась, всегда ему уступала, но ругала, когда он выпивал: боялась, что «сопьется, как другие».

С 29 лет – боли в сердце и тяжелые головные боли. Вскоре обнаружили постоянно высокие цифры артериального давления. Головные боли стали сопровождаться резью в глазах, покраснением лица. Сделалась раздражительна, обидчива, настроение стало легко меняться. Несколько раз с непродолжительным эффектом лечилась в терапевтических стационарах. В 38 лет перенесла обширный инфаркт миокарда, в 40 – второй, более легкий. Имеет с тех пор 2-ю группу инвалидности.

Во время пребывания в больнице по поводу второго инфаркта миокарда впервые развилось длительное депрессивное состояние: была мрачна, не хотела никого видеть, говорила очень мало, казалось, что должна умереть. С тех пор – постоянные волнообразные смены настроения: то оживленная, бодрая, то «ничто не радует», «все как рукой снимает». Длятся состояния подавленности, угнетенного настроения около недели. В последние 3 года

постоянно чувствует себя физически плохо: жалуется на слабость, боли в сердце, зависима от погоды. Не может смотреть телевизор: «чуть что, плачу». Остаются большие судорожные припадки – теперь редкие, раз в 3–4 месяца. Давление крови постоянно около 220/130 мм.

Полная женщина, с небольшой головой, разлитой краснотой лица. Суждения о том, что происходит вне семьи, – самые поверхностные и «примитивные», охотно перепоручает разговор мужу, но о своих домашних делах судит вполне здраво. К своему собственному состоянию относится различно в зависимости от настроения: то недооценивает свою болезнь, то ждет скорой смерти (С).

Данный случай стоит как бы на перекрестке трех и более психиатрических дорог: циркулярной аффективной, эпилептической, сосудистой и олигофрении – последней в виде умеренной и «сгладившейся со временем» дебильности. В соматическом «измерении» случая больная страдает длящейся едва ли не всю жизнь «сосудистой болезнью» – именно она в последние годы определяет степень тяжести ее страдания. Гипертоническая болезнь в таких случаях во многих, если не во всех, отношениях родственна нервно-психическому расстройству и может расцениваться как его разновидность: она является проекцией наружу, видимым следствием хронического возбуждения, «ирритативного спазма» нервных вегетативных центров. Она наследуема, как и психические заболевания; в случае злокачественного течения для нее характерны раннее начало и быстрое развитие сосудистой энцефалопатии, часто – с изменениями на глазном дне типа застойных. Из психических расстройств этим явлениям обычно сопутствуют аффективная лабильность, депрессии и изначально присущие больным особенности умственного развития, оцениваемые чаще всего как «примитивность психики, граничащая с дебильностью»; развитие этого полиморфного синдрома во времени ведет к астенизации и «органическому» руинированию пациентов. Рассматривать больную можно, следовательно, с равным на то основанием, и в аффективном и в эпилептическом и «сосудистом» разделе патологии – мы поместили ее здесь не из-за тяжести собственно малоумия, а как очередную иллюстрацию сочетания этого последнего состояния с иной симптоматикой.

Приведем вкратце и без комментариев еще несколько случаев дебильности. В следующем наблюдении дебильность является, по всей очевидности, следствием хронической гипоксии мозга и, наверно, потому так близка к простым, «неосложненным» ее формам.

Набл.115. Женщина 23 лет, татарка, инвалид 2-й группы по врожденному комбинированному пороку сердца. Симптомокомплекс хронической сердечной недостаточности, «сердечный горб». С детства в больницах, отставала в развитии, оказалась неспособной к учебе, училась во вспомогательной школе. Мягкая, добрая, послушная, недалекая. Объективно – признаки выраженного психического и физического инфантилизма (В).

Другие случаи атипичнее или, что то же, типичнее: атипичнее по отношению к школьным образцам и типичнее как статистический феномен. В нижеследующем наблюдении – «дебильность у шизоидной личности»? (или «псевдодебильность при латентной шизофрении»? или «пропфшизоидия»?)

Набл.116. Женщина 37 лет. Жена дефектного шизоида, описанного в набл.26, мать шестерых детей, двое из которых описаны (набл.27 и 28 в разделе латентной шизофрении) и еще один, не попавший в выборку, страдает манифестной шизофренией. Училась плохо, работала всю жизнь на неквалифицированных работах. Беспомощная, внушаемая, пассивная. Детей родила, не желая этого, потому что до сих пор не научилась предохраняться: «стыдно» пойти к врачу или расспросить об этом кого-то другого. Часто попадала в затруднительные ситуации из-за медлительности, несообразительности, бестолковости, «нападающей» на нее в трудных ситуациях и обычно затем проходящих: «потом-то все понимаю». Безропотно терпит семейные трудности, пьющего мужа. Всю жизнь мечтала научиться играть на аккордеоне, но так и не осуществила свою мечту. В беседе оказывается неожиданно сообразительной, наблюдательной, дает точные характеристики сыновей и мужа (С).

Дебильность/психастения:

Набл.117. Женщина 59 лет, русская, из Тульской области. Неграмотна, не училась в школе по семейным обстоятельствам, но и потом грамоты не осилила. Работала уборщицей. Была замужем, овдовела. Всегда была очень стеснительна, «боялась слово сказать», легко терялась. Этим, с ее слов, пользовались другие: обсчитывали ее, заставляли работать лишнее – она понимала это, но не держала зла и обиды на этих людей, великодушно их прощала, продолжала общаться с ними и дальше, и они обманывали ее снова. В последнее время беспокоят головные боли, слабость, расстройства памяти (С).

Чета глухонемых «дебилов» с расторможением влечений и фасадом возбудимой психопатии:

Набл.118. Мужчина 42 лет, русский, подсобный рабочий. В 6 лет «испуг», после которого перестал говорить, и речь с тех пор так и не восстановилась. Злоупотребляет алкоголем. Раздражителен, легко краснеет при волнении, возбуждается, бранится – обычно из-за обсчетов (его будто бы постоянно обманывают в магазинах, он внушаем, верит кассирам и не может быстро сосчитать деньги). Во время визита врача пьян, ругает дочь за то, что та «сидит на его шее», – речь нечленораздельная, мычащая (С).

Набл.119. Женщина 42 лет, жена предыдущего лица. Кончила 3 класса вспомогательной школы. Речь так и не развилась, может выговаривать лишь отдельные слова, понятные только домашним. Не работает. Шумливая, расторможенная, повышенно эмоциональная. Движения суетливые, верченая, с характерной избыточной жестикуляцией (С).

Мы позволим себе еще раз представить все изложенные выше случаи олигофрении в виде сводки с короткими резюме клинического анамнеза и статуса – как это делали старые авторы.

Набл.105. Мужчина 22 лет: умеренная имбецильность с намечающейся патологией влечений – пироманией и влечением к малолетним девочкам.

Набл.106. Мальчик 5 лет, тяжелый имбецил с постоянным психомоторным возбуждением, «двигательной бурей».

Набл.107. Мальчик 13 лет, его брат. Дебильность с шизофреноидной пассивностью, мутичностью, особого рода «утонченной» манерностью.

Набл.108. Мужчина 22 лет. Имбецил? Дебил? Опережающее развитие до года-двух, затем черты нарастающей пассивности, брадипсихии, развитие кататоно-паркинсоноподобного мышечного синдрома, несахарного диабета, позднее появление недержания мочи и кала.

Набл. 109. Женщина 42 лет. Вялотекущая параноидная пропфшизофрения, дебильность.

Набл. 17. Параноидно-парафренная пропфшизофрения, дебильность.

Набл. ПО. Женщина 51 года. Дебильность с тимопатией и навязчивостями. Параноид, вначале подобный психогенному, затем приобретающий большое сходство с эндогенным.

Набл.112. Мальчик 12 лет, сын последней, тяжелый имбецил с расторможением влечений, с картиной постоянного речедвигательного возбуждения.

Набл.113. Женщина 50 лет. Дебильность. Психогенный параноид (оккупации), конституциональная тимопатия.

Набл, 114. Женщина 48 лет. Дебильность, эпилептиформный синдром, периодические депрессии на фоне общей и церебральной сосудистой патологии.

Наблюдения 115–119 вкратце изложены выше, и мы не будем повторять их.

Выявлено, таким образом, 7 тяжелых и 8 – более легких случаев олигофрении, из которых все примечательны в других отношениях: как носители «иной» психической патологии. (Оба показателя частоты олигофрении, между прочим, выше обычно сообщаемых. И это можно отнести за счет малого объема выборки, но делается подозрительной системность отклонений показателей, когда ошибка всегда – в сторону завышения: как у недобросовестного продавца при взвешивании товара.) Оставив в стороне

абсолютные данные, заметим, что из представленной сводки явствует, что «чистых» случаев олигофрении в выборке практически не было: почти все они были так или иначе отягощены «иной» психической патологией – точно так же и с не меньшей частотой, с какой сопровождает она, например случаи «шизофрении». Собственно малоумие, как относительно тяжелых, так и более мягких степеней, завышалось при наличии «сопутствующих» расстройств; при ее отсутствии или малой выраженности оно, напротив, имело больше шансов пройти незамеченным, и дело тут, видимо, не во взаимоотягощении и взаимовыявлении двух или более заболеваний, а в том, что они растут из общего корня, и полиморфизм болезни свидетельствует о его наследственной «полисистемности» и большей совокупной тяжести. Сходные частоты взаимоотягощения олигофрении с шизофренией, эпилепсией и т. д. дают и другие авторы. Кроме уже цитированных, назовем из последних работ исследование В. Ф. Шалимова. По-видимому, морелевское представление о малоумии как естественной, органичной части единого ряда психического вырождения больше соответствует реальности, чем его искусственная изоляция от остальной психической патологии.

Тимопатии

При выделении собственно тимопатических состояний действует нечто подобное «остаточному принципу»: эту группу тоже образуют «методом исключения», но после выведения за ее пределы состояний, где причина болезни предполагается иной, а аффективные расстройства – «вторичными», симптоматическими. И в нашем материале после исключения иных наследственных больных с депрессиями и маниями осталась немалая доля лиц, у которых аффективные расстройства стояли как бы на первом плане, а личностные (даже предположительно стерто-процессуальные) – на втором, «фоновом». «Чистых», вовсе не осложненных психопатическим преморбидом эндогенных тимопатий в нашем материале не было, кажется, вовсе: в совокупности своей они составляли непрерывный континуум патологии, переходящий по мере ее «разведения» от случаев «больших психозов» к так называемой норме. Популяционные исследования позволяют взглянуть на проблему аффективных расстройств в целом, обозреть весь их спектр, независимо от «нозологической» принадлежности. Ниже, в таблице – выявленная нами аффективная патология представлена в распределении ее между основными диагностическими группами.

(Мы опережаем ход событий и приводим случаи, не только уже описанные, но и те, что будут изложены в следующих разделах, отсылая читателя к не изложенному еще материалу: такие смещения во времени неизбежны в любом представлении эпидемиологических данных. Заметим также, что мы отмечали здесь только отчетливые, клинически выраженные аффективные синдромы, не расширяя понятия до бесконечности: в конце концов любое психическое расстройство включает в себя эмоциональную компоненту и, как крайность, может рассматриваться как аффективное.)

Под периодическими депрессиями, в согласии с общей практикой, мы подразумевали циклически повторяющиеся депрессивные состояния с эндо-формными чертами и, очевидно, эндогенного происхождения; явные и стертые между ними разделялись достаточно условно, «на глаз», без четких временных или иных разграничений – такой подход с признанием условности разделения, кажется, не хуже (хотя и не лучше) искусственно нагромождаемых критериев «дифференциального» или «количественного» различения случаев. Циркулярный синдром предполагает наличие биполярных аффективных фаз, также повторяющихся аутохтонно, – здесь тоже имелось разделение материала на явные (МДП) и стертые (циклотимия) случаи. Случаи гипертимии с однократными или даже повторными реактивными депрессиями под такое определение не попадали, хотя были близки к циклотимным. Протрагированные депрессии и субдепрессии – это состояния, длящиеся годами, занимающие целые периоды в жизни больного (преимущественно – юношеский и

инволюционный). Они тоже, по-видимому, эндогенны, но лишены периодичности, внешне неглубоки, лишены черт витальности: это дистимические «настроенческие», «мировоззренческие» субдепрессии известных возрастных кризов. В горизонтальных строках – типы аффективных расстройств, по вертикали – классы психической патологии. В скобках даны случаи, уже отнесенные (в этой же таблице) к тем или иным разделам патологии (например, психопатии, осложненной алкоголизмом, или эндогенных депрессий, выявляющихся при присоединении церебрального атеросклероза).

Таблица 6. Распределение выявленной аффективной патологии по нозологическим классам и типам

Для желающих свериться с историями болезней даем расшифровку данных:

Манифестная шизофрения, циркулярный синдром – набл.3,4,6.

Вялотекущая шизофрения: периодические депрессии – набл. 7,11, циркулярный синдром – набл. 13.

Латентная шизофрения: периодические депрессии – набл.46 и 34, протрагированные – 20, 23, 42, 44, 45, циклотимия – набл. 19, 24, 38.

«Осложненные шизоидии»: периодические депрессии – набл. 58, 61, протрагированные – набл. 41, 43, 47, 48, 49, 51, 62.

«Шизоэпилептоидия»: периодические депрессии – набл. 85, 87, протрагированные 86, 88.

Олигофрения: периодические депрессии – набл. И4, протрагированные – набл. 107, 108, 109.

«Сосудистая» группа: периодические депрессии – набл. (120, 125, 127), циклотимия – набл. (148), протрагированные депрессии – набл. 162 и (132, 134, 136, 173).

Алкоголизм: периодические депрессии – (набл.34), циклотимия – (набл.38), протрагированные – набл. 167, 169, 170, 171, 172 и (48 и 49).

Ревматизм, или психиатрический «параревматизм»: периодические депрессии– набл. 182, 186, протрагированные – набл. 183, 185, 187.

Психогении: протрагированные депрессии: набл. 189, 197, 198, 199, 200, 201.

«Минимальные расстройства»: протрагированные депрессии – набл. 221–225.

Собственно тимопатии описаны ниже.

В эту сводку не попали гипертимии – всего 12 случаев: 4 при латентной шизофрении – набл. 22, 30, 31, 39, при «шизоэпилептоидии» – набл. 89, «собственно тимопатии» – набл. 150–153, алкоголизме – набл. 168, психогениях (как фон психогенных депрессий) – набл. 193, 196. Состояния типа конституциональных гипотимий обозреть практически невозможно: идентифицируемые в случаях изолированных тимопатических расстройств, они, входя составной частью в иные психопатологические образования и состояния, становятся феноменологически неотделимы от них и счету не поддаются. Столь же бессчетны и эпизодические, в частности, психогенные, депрессии, забывающиеся и имевшиеся в прошлом едва ли не у каждого обследованного.

Из найденных нами наиболее частыми были, таким образом, протрагированные субдепрессии – числом 31, или немногим менее половины всей аффективной патологии. Они были часты у латентных шизофреников, «осложненных шизоидов», шизоэпилептоидов и тимопатов с чертами ригидности, относились предпочтительно к юношескому и климактерическому периодам жизни и генетически были, по-видимому, отличны от периодического аффективного синдрома; у олигофренов затяжные субдепрессии выглядели как «скучная» пассивность и несообщительность. Вторыми по частоте были периодические эндоформные депрессии – 19 случаев: они были свойственны шизофреникам, манифестным и вялотекущим, и тимопатам с явными и стертыми формами маниакально-депрессивного психоза. Депрессивная патология явно превалировала над маниакальной: гипомания в составе биполярной циклотимии и гипертимии наличествовала всего у 16 лиц. Высок удельный вес депрессивных расстройств при алкоголизме: если считать все его случаи,

включая симптоматические, – это треть всех лиц с алкоголизмом 2-й группы. Из соматических заболеваний в особом родстве с аффективными расстройствами стоят сосудистые заболевания, что известно, а также «психический ревматизм», или «параревматизм», что менее очевидно: состояние это вообще малоизученно и плохо диагностируется. Психогенные депрессии носили в нашем материале протрагированный характер, но здесь справедлива оговорка, сделанная по поводу выявляемое™ острых и хронических депрессий в целом. Впечатляет общая частота эндогенных аффективных расстройств, отмеченная у 60 лиц, или 14,5 % выборки: большая часть их нуждается в лечении, которого не получает.

Соотношения между полами: в группе периодической депрессии 7 мужчин и 18 женщин, циркулярного синдрома – 4 мужчин и 5 женщин, протрагированной депрессии – 18 мужчин и 25 женщин; всего 29 мужчин и 39 женщин. Разница между полами меньше обычно сообщаемой, но в собственно тимопатической группе (за вычетом другой психической патологии) она существенно выше: 4 мужчин против 19 женщин. Без этой группы различия между полами нивелируются: 27 мужчин против 33 женщин. Говоря иначе, в нашем материале аффективные расстройства у женщин относительно часто выступали в «чистом» виде, у мужчин же – в сопровождении сопутствующей «иноименной» личностной и процессуальной симптоматики.

Перейдем к рассмотрению еще не излагавшегося клинического материала.

1. Периодические депрессии

Они уже описывались среди больных шизофренной группы, где входили в структуру большого психоза или в вялое течение процесса. Ниже следуют случаи, традиционно относимые к собственно аффективной патологии.

Набл.120. Женщина 67 лет. Москвичка, русская. Отец – эгоцентричный, злопамятный, «взрывной»; после повышения в должности «переменился», ушел от семьи к другой женщине; в последние годы жизни (умер в 58 лет) пил запоями. Мать неграмотная, «в ущерб себе мягкосердная». Один из братьев похож на отца: холодный, «жадный», «не хочет ни с кем из родни знаться», «деспот» в своей семье.

Себя характеризует с детства скрытной, сдержанной, с повышенным чувством ответственности, что сама связывает с положением в семье: была среди многих детей старшей. Замужем с 18 лет, жила с мужем до 35 – пока тот не стал пить и не заболел психически: тогда разошлась с ним без всяких угрызений совести: «здраво» отнеслась к сложившейся ситуации, решила воспитывать детей в одиночку. В брак более не вступала, интимных связей, с ее слов, не было. Работала швеей, вступила в партию, была выдвинута на руководящий пост – подолгу задерживалась на фабрике, относилась к новым обязанностям с повышенной ответственностью.

С 44 лет приступы бронхиальной астмы – обычно после служебных неприятностей и «нервного перенапряжения». В течение года была на инвалидности 2-й группы, затем получила 3-ю, перешла в ателье, где работала до 50 лет; сильно сожалела о прежней должности и скучала по ней. После 50 приступы астмы участились, присоединилась стенокардия. Боли в сердце требовали стационирования, приступы же удушья сделались мягче и реже. Работала теперь временно, по нескольку месяцев в году. Сейчас на пенсии, ведет домашнее хозяйство. Была до недавних пор активна, но настроение в последние горы часто бывало сниженное, недовольное, не могла смириться с тем, что «осталась не удел».

Явно заболела психически около года назад, в возрасте 66 лет, осенью. Почувствовала тоску, беспокойство, страх, не могла найти себе места, проверяла свои действия (закрыла ли дверь, выключила ли газ), казалось, что в доме кто-то есть, ходит, стучит, слышала звонки в дверь, оклики по имени, боялась сойти с ума. Через 2 месяца страхи и «оклики» прошли, но настроение осталось сниженным, была не уверена в себе, испытывала предчувствие неких бед и неприятностей, обиду на жизнь, на то, что «дожила до такого состояния». Стала будто

бы совсем другим человеком: «прежде была такая энергичная, а теперь всем в тягость», за нее «все делают». По вечерам чувствовала себя лучше, по утрам – особенно плохо. В самое последнее время настроение стало очень изменчивым: то не хочется ни с кем говорить, сидит без дела, винит себя, что «распустилась», – то более активна и разговорчива: «беру себя в руки». К врачам по поводу депрессии не обращалась, принимала при сильной тоске элениум, который «немного успокаивал».

При встрече малоподвижна, медлительна. Настроение, по ее словам, подавленное. О первых двух месяцах болезни со страхами и обманами слуха говорит подробно и доступно, считает, что тогда в самом деле была больна, к настоящему же состоянию относится без такого понимания, винит себя за то, что «не может взять себя в руки». Тяготится беспорядком в комнате: он словно обвинение в ее адрес. Выражение лица преимущественно скорбное, но мимика живая, выразительная, богатая оттенками. Ведет себя адекватно обстоятельствам и держится, несмотря на идеи самообвинения, с достоинством (В).

В этом случае, отнесенном к атипичному МДП, требуют своего объяснения явления параноидного спектра: страхи, чувство присутствия неизвестных – лиц в доме, оклики, звонки в дверь – для чистых депрессий не характерные. Мы отнесли его к случаям маниакально-депрессивного психоза, поскольку эти расстройства носили преходящий характер и к ним в момент обследования имелась полная критика: больная была доступна в их отношении, сохранна и достаточно синтонна. Поскольку это так, названные явления можно счесть второстепенными, преходящими, не определяющими сущность случая. И здесь, конечно, возможны разночтения, но, в любом случае, сомнения такого рода возникают лишь при альтернативной, «дихотомической» диагностической модели аффективных психозов: МДП или шизофрения. Поскольку четкой границы между обоими состояниями нет (это, кажется, единственная подобная «пара заболеваний», где наличие связующего континуума признано всеми или многими), то в «промежуточных» случаях приходится лишь констатировать «удельный вес» шизофренической и тимопатической патологии и, в соответствии с ним, относить случай предпочтительно к тому или другому диагностическому полюсу. Преморбидно наша больная холодновата, рациональна, с пониженным сексуальным влечением, она отдалена от людей, но без «странностей», без «инакости», без проблем общения шизоидов; она также гиперсоциальна, повышенно аккуратна и педантична, но без иных симптомов эпилептоидии, прежде всего – без расторможения влечений. Преморбидно ее можно отнести к шизотимно-эпилептотимным ригидным личностям с ананкастными чертами, которые согласуются с навязчивостями в ее депрессии. Эндогенный характер депрессии явствует из характерного течения приступа и из типичных суточных колебаний.

Далее – семейный случай циклотимии: мать – дочь – внук – последний не как больной, а в качестве дополнительной семейной иллюстрации; у матери и у дочери – неглубокие периодические субдепрессии с навязчивостями.

Набл.121. Женщина 54 лет. Из крестьян Московской области. Отец по натуре веселый, но с изменчивым настроением: страдал язвенной болезнью желудка и при ухудшениях состояния делался резок, раздражителен, неприветлив. Мать спокойная, хозяйственная, долгожительница. Все пятеро детей хорошо учились, получили высшее или среднее специальное образование. Одна из сестер была в особенности «серьезной»: возмущалась, например, тем, что «в войну некоторые могут улыбаться».

С детства была послушна, трудолюбива, очень аккуратна: «не пройдет мимо, если что-то лежит не так». В течение нескольких лет вставала раньше всех и бежала рвать траву для коровы – над ней смеялись, но ничего сделать с ней не могли, пока не «отучили» ее обманом: сказали, что утренняя трава вредна скоту и на корм не идет. В школе прилежная, способная к математике, отличница. После 7-летки работала регистратором, продавцом; окончила «без отрыва от производства» торговую школу и много лет работала кассиром. В общении с людьми «очень спокойная», «не знала, что такое выйти из себя», энергичная, деловая, наблюдательная; хотя «в чужие дела не вмешивалась»; отношения с сотрудниками

были всегда «нормальными», «обычными». Замужем с 22 лет. Муж – внешне неприветливый, хмурый, но «в душе добрый»; жила с ним ровно и спокойно, довольно уединенно. Любила наводить в квартире порядок: «не сяду, пока в комнате что-нибудь не так лежит», не знала в этом усталости. С родными теплые отношения, регулярно их навещает с мужем.

Хуже стала себя чувствовать в последние полтора года, с начала климакса с приливами и сердцебиениями. Стала в это время раздражительна, понизилось настроение: никого не хочет видеть, ни с кем разговаривать, начали тяготить домашние, еще больше – родственники, перестала к ним ездить. Кажется, что «хуже соображает», все Делает медленнее, чем прежде. Расстроился сон, «в голову лезут небылицы»: так, одно время много думала над словами поликлинического врача о том, что у нее «изменения в сердце». Утратила уверенность в себе, перепроверяла свои действия: «по 10 раз проверяю газ»; боится также, что его оставит включенным пьющая соседка, просит дочь пойти на кухню посмотреть. Вечером чувствует себя лучше, утром встает «с тяжелой головой».

Приветливая, сдержанная, с несколько замедленными, скупыми движениями, говорит негромко, всерьез, без чувства юмора, вполне доверительно, в объективном тоне. Без наводящих вопросов, сама подробно и связно описывает депрессию, четко отделяет ее от здорового состояния. Осуждает современный образ жизни, недовольна нынешней модой («не могу видеть, противно»), уговаривает дочь сделать платье длиннее. Считает, что люди стали теперь более замкнутыми и отгороженными друг от друга, порицает это явление (B).

Эндогенный характер депрессии здесь также подтверждается типичными суточными колебаниями в интенсивности; депрессия сопровождается впервые выявившимися навязчивыми сомнениями. Преморбидный фон более характерен для мягкой эпилептотимии с психической ригидностью: с педантичной приверженностью к порядку, благопристойностью, осуждением молодежи и ее образа жизни, пунктуализмом долга и обязанностей – она не случайно в течение нескольких лет вставала раньше всех и бегала за кормом для коровы. Преморбид ее, иначе говоря, помечен полиморфной, стертой, «размытой» психопатической конституцией, которую, однако, невозможно отрицать и которая, по всей видимости, стоит в родственно-причинной связи с ее аффективной патологией.

Набл.122. Женщина 32 лет, дочь предыдущей. Развивалась правильно, в детстве послушная, прилежная, хорошо училась. Со школы увлекается коллекционированием (марок, открыток); всегда много читала, собирала книги. По-видимому, с молодости отличается повышенной впечатлительностью и тревожливостью, причем, какая бы неприятность ни произошла, реагирует на нее однообразно: падает настроение, плохо спит и ест, неотвязно думает о происшедшем, хотя и уговаривает себя не делать этого В последние годы стала более раздражительна, вспыльчива, несдержанна; особенно чувствительна к разного рода несправедливостям, «резко порывает отношения с непорядочными людьми». Стесняется попросить о чем-либо для себя, это делает за нее мать, более практичная в жизни. Вышла замуж в 22 года, муж «оказался пьяница», слабовольный, хвастливый – от него ее постоянно «коробило». Ушла от него, живет теперь с родителями и сыном; работает, окончив институт, корректором.

Выглядит степенной, несколько медлительной, угловатой, взгляд прямой. Высказывания столь же прямодушные, незавуалированные, тон их неизменно серьезный, подробно описывает поведение бывшего мужа. С сыном говорит в приказном, безапелляционном тоне, что не соответствует ее истинному отношению к нему: со слов матери, постоянно о нем печется. Сообщает о состояниях тревоги и подавленности, всякий раз одинаковых, длящихся до нескольких дней, ждет помощи от них (C)

В этом случае имеются кратковременные тревожные депрессии с навязчивыми мыслями, тематически связанными с ситуацией; они выглядят психогенно-обусловленными, но эндогенная основа состояния очевидна: ее выдает витальный компонент с расстройствами сна и аппетита и «клишеобразность» патологии, всякий раз одинаково повторяющейся.

Личность и здесь может быть отнесена к шизотимно-эпилептотимным: эта женщина не терпит «несправедливости», «непорядочности», говорит об этом без критики и без чувства юмора; в последние годы у нее нарастают раздражительность и вспыльчивость, но ей свойственны и определенная житейская беспомощность, «потерянность», «утрата почвы под ногами», «непрактичность», однообразная мимическая суровость (она была и у отца) – последнее сближает ее преморбид с шизоидным полюсом. Депрессии носят мягкий циклотимный характер и, вместе с навязчивостями, наследуются как «сквозные» семейные симптомы. Краткие сведения о внуке.

Набл.123. Мальчик 9 лет, сын последней. Отец вкратце описан выше. Родился в срок, развивался правильно. В детстве был неровный, обидчивый, подвижной, неусидчивый. При знакомстве с детьми и взрослыми вначале дичится, потом, привыкнув, сближается с ними, привязывается к друзьям. «Зачитывается»: приходится брать книгу из рук, когда начинает есть. Одно время разговаривал го сне, был консультирован невропатологом – тот «не нашел ничего особенного». В последнее два года стал «педантом» и «придирой»: поправляет взрослых, любит проверять работу матери (корректора) и делать ей замечания, стал упрямее и своевольнее.

Выглядит при первом знакомстве строптивым, отчужденным: хмурится, упрямо наклоняет голову, когда его о чем-нибудь спрашивают; отвечает резко, коротко, противоречит врачу (несмотря на недовольство матери); затем по прошествии некоторого времени смягчается, делается более расположен к обследователю (Д?).

Заметим, что «придирки» и «резкость» сына являются «сквозным» отражением тех же черт матери – они есть и у бабушки, но в смягченном, по сравнению с теми двумя, виде.

Еще один случай неглубоких и кратковременных эндогенных депрессивных фаз у личности «полиморфно-психопатического» склада – тоже с наследованием депрессивных фаз.

Набл. 124. Женщина 40 лет. Родители – москвичи, евреи. Отец – хозяйственник со средним образованием. Всегда был мнителен в отношении здоровья: «чуть заболеет, кажется, что должен умереть». Смолоду у него были неясного рода сердечные приступы, во время которых он делался тревожен и беспокоен, прощался с семьею. В последние годы (ему 75 лет) характер его стал особенно тяжел: он вздорен, упрям, капризен, легко возбудим; его опасения по поводу действительных и вымышленных болезней выросли до «смехотворных».

В детстве обследуемая была прилежна, исполнительна После 6-го класса стала «лениться учиться», зато полюбила общественную работу и художественную самодеятельность: была активным комсоргом, вела школьные вечера. Когда выступала в роли организатора, держалась со сверстниками легко и непринужденно, на равных же началах – чувствовала себя менее уверенно, тушевалась, отходила на второй план. Из предметов больше всего любила черчение. Месячные с 13 лет, в первые годы сопровождались слабостью, разбитостью, угнетенным настроением и раздражительностью. После школы поступила в инженерный вуз, проучилась там год, затем «поняла, что этот институт не ее», без сожаления его оставила, хотя, чтобы туда попасть, прошла большой конкурс. Поступила на юридический факультет. Училась здесь ровно, не увлекаясь ничем в особенности, продолжала и в университете нести общественные «нагрузки». Втайне от сокурсников, кроме того, подрабатывала манекенщицей. После института «принципиально» не захотела работать не по профессии (не смогла устроиться юристом) и в течение 5 лет жила на иждивении родителей; читала в это время на общественных началах лекции от райкома комсомола. В последние 10 лет работает адвокатом. С 35 лет замужем.

Жалуется на то, что в последние 5–6 лет временами, продолжительностью по 2–3 дня, бывают состояния сильной вялости, тяжести в теле, в голове, «тяжело что-либо делать» – отлеживается в эти дни, бездеятельна, пасмурна. Нечто подобное бывало раньше при месячных – теперь эти состояния связаны скорее с плохой погодой, «гнилым» временем года. Настроение *в* последние годы – часто сниженное, почти постоянно – подспудная «пессимистичность», неверие в свое житейское благополучие, чувство шаткости

существования, хотя внешних поводов для такой тревоги нет и она не может назвать их даже в самые плохие свои минуты: она на хорошем счету на службе, у нее ровные приятельские отношения с мужем, к которому она привязана. Живут оба уединенно и не хотят иметь детей, муж считает, что «в наше время невозможно правильно воспитать ребенка», и она разделяет это мнение.

Не вполне доступна в отношении себя и истории своей жизни, что стоит в контрасте с ясным и подробным рассказом о других – например об отце. Медлительна, малоподвижна, производит впечатление подавленной, хотя отрицает такое настроение в момент обследования; голос временами начинает «подрагивать», как у депрессивной больной, или будто она в ходе разговора расстраивается, хотя беседа не дает для этого оснований (С).

Эта женщина по своим личностным особенностям близка к шизоидам: у нее имеются специфические трудности в общении, она легче чувствует себя в роли руководителя в структурированных, регламентированных условиях бытия, хуже – в обычных, естественных. Ее давняя депрессия, вначале наступавшая периодами, в последнее время принимает характер протрагированной. Состояние это как депрессия ею не ощущается, она «пуста» и лишь при обострениях «наполняется содержанием» – немотивированной тревогой за будущее; тогда же в ее гипотимии становятся ощутимы эндогенные витальные черты с общей и психической заторможенностью. Отец был «законченный ипохондрик» – тоже с периодическими ухудшениями в состоянии. Учитывая названные особенности случая, его можно было бы демонстрировать и в разделе шизоидии с аффективными колебаниями, но повторим еще раз, что в условиях популяционных обследований (как и в других тоже) четкие водоразделы между подобными диагностическими группами провести попросту невозможно.

Далее еще одно сочетание шизотимии и мягкой эпилептотимии. (Во всех подобных случаях возникает ощущение, что «суммарная» личностная патология в них «не дотягивает» до степени «большого преморбида», что лица такого рода как бы генетически застрахованы от тяжелого психического недуга и подвержены лишь малым его формам, хотя относятся несомненно к тому же кругу наследственной патологии.)

Набл. 125. Женщина 68 лет. Из евреев Полтавской области. Отец – мелкий служащий, очень набожный, знаток талмуда; к нему ходили советоваться; домашних заставлял ежедневно молиться – в остальном был мягкий, нетребовательный. Мать «очень непрактичная», плохая хозяйка, «не имела подхода к детям», не уживалась с родственниками. Один из братьев – кутила, весельчак, игрок.

В детстве самолюбивая, обидчивая, впечатлительная. В 10 лет испугалась теленка, после чего развилось стойкое косоглазие. Помнит, что все годы, пока косоглазие не исправили оперативным путем (в 35 лет), оно ее угнетало; казалось, что все замечают ее порок, иногда – дают понять, что считают ее неполноценной; избегала общества; в компаниях, особенно незнакомых, остро чувствовала свою физическую неполноценность Была недовольна и своим умственным развитием: хотелось быть умнее, учиться, чтобы стать самостоятельной, ни от кого не зависеть. В 20 лет замужество по сватовству. Мужа полюбила, но «не успела как следует узнать»: он через год скончался от тифа. В это же время умер отец. Очень тяжело переживала двойную утрату, плакала в течение трех лет, казалось, что муж не умер, должен вернуться; затем стала относиться к происшедшему спокойнее. Лет с 23–25 стала более «сознательной», «многое поняла в жизни», решила получить наконец профессию, отселиться от родителей – до того жила на их попечении. Переехала в Москву к сестре, поступила на курсы машинописи, но оставила их, так как «не давалась скорость»; перешла на курсы медсестер: медицина ее всегда к себе привлекала.

Проработала 27 лет в одной поликлинике. Была, по-видимому, хорошим работником, «очень любила свое дело», «не могла работать плохо»; на фронте, куда попала с началом войны, по три дня не выходила из перевязочной. Всегда, однако, «помнила свой интерес», настаивала, при возможности, на уменьшении нагрузок, следила за тем, чтобы ее не перегружали в сравнении с прочими, но чтобы у нее было вместе с тем совместительство в

разрешенных пределах: хотелось приодеться В 30 лет второе замужество – после непродолжительного знакомства. Второго мужа не любила: он был «развращенный», с тяжелым характером. Оставалась холодна в интимных отношениях, продолжала жить с ним лишь потому, что не имела своего жилья: потеряла его, когда сестра выехала из Москвы. Через 10 лет получила комнату в коммунальной квартире и на следующий же день мужа оставила. На новом месте «тоже не все было гладко»: среди соседей были пьяницы – «не могла видеть их», нервничала, плакала, было обидно, что так неудачно сложилась жизнь, находила утешение в работе, в том, что ее ценит администрация и любят больные. Долгое время мечтала о высшем образовании, «как и в молодости, стремилась к чему-то большому, высокому». Оставалась не очень общительна, сдержанна в общении с людьми: «люблю только хороших людей и искренние отношения»; близких ей по духу лиц всегда было мало.

Еще в молодости находили «невроз сердца»: были сердцебиения, колотье в области сердца. Беспокоили также мигрени и – периодически, иногда в течение недели – головокружения; все эти явления были временными, затем «о них забывала». Плохо переносила жару. В 54 года на юге перенесла необычный приступ стенокардии: с ощущением нехватки воздуха, с чувством сжатия за грудиной, но без явных болей Подобные состояния стали случаться и в последующем – ЭКГ ни при одном из них изменена не была. С тех пор здоровой себя не чувствовала, никогда не забывала о перенесенных болях, боялась их повторения, считала себя тяжелой сердечной больной, хотя объективных симптомов болезни сердца no-прежнему не находили. Участились также прежние головокружения, головные боли – особенно в утреннее время. В последние 5–6 лет ухудшилась память на слова, забывает (на время) названия простых вещей, фамилий, городов и т. д..

Живет в эти годы с третьим мужем: вышла замуж в 60 лет для взаимной помощи и попечения. Заботится о муже, но в семейной жизни, с его слов, утомительна, назидательна и, одновременно, сверх меры чувствительна, обидчива, легко начинает плакать С соседями (новыми) отношения формальные, держится с ними свысока: «лишних замечаний не делаю, но добиваюсь необходимого минимума» – того, например, чтобы «нечистоплотная» соседка не касалась ее стола; брезглива и любит порядок в вещах (на работе в свое время была «идеальная стерильность»).

За месяц до визита врача без видимых причин, но после очередного «сердечного» приступа развилось чувство тоски, безысходности, считала, что неизлечимо больна, лежала целый день, говорила о резкой слабости: «не могла даже сидеть». Постоянно плакала, настаивала на том, чтобы муж был рядом с ней, была капризна, требовательна, беспомощна.

При осмотре лежит не вставая, легко начинает плакать, говорит, что у нее тяжелая стенокардия. Больше всего ее угнетает то, что она уже никогда не сможет работать. Выглядит старше своих лет, одряхлевшей. Со слов мужа, такая внешняя перемена с ней произошла недавно. Настроение изменчиво: то улыбается, то тут же плачет. Преобладающее выражение лица скорбное и недовольное, часта «капризная» гримаса неудовольствия (В).

Этот случай может быть отнесен к проявлениям церебрального атеросклероза с депрессией: учитывая развитие последней на фоне становящегося психоорганического синдрома с мнестическими расстройствами, но в таком случае «за диагностическим кадром» остаются давно существующие у больной состояния с кардиалгиями и вегетативными расстройствами. Имевшие вначале преходящий характер, они с 54 лет оставляют после себя ипохондрический «шлейф» на фоне хронизирующейся субдепрессии. Церебральный атеросклероз, как и многие другие экзогении, вначале, как известно, может выявлять прежде латентную эндогенную симптоматику: она выступает в таких случаях на первый план и лишь затем, по мере развития органического процесса, замещается психоорганическими расстройствами, характерными для сосудистого страдания. Атеросклеротический аспект болезни в данном случае виден и в метаморфозе депрессии, которая, помимо мнестических расстройств, сопровождается теперь слезливостью, плаксивостью, беспомощной капризностью, резиньяцией. Преморбид больной – снова «шизотимно-эпилептотимный»: с одной стороны – идеи отношения в молодости (связанные с внешним дефектом),

избирательность общения, пренебрежительно-высокомерное отношение к окружающим, сверхценное отношение к учебе, чистоплотность, доходящая до чрезмерной брезгливости, «идеальность» побуждений при определенной эмоциональной холодности и гипосексуальности; с другой – мигрени, вегетативные сосудистые расстройства, «испуг», повлекший за собой косоглазие, а в психическом складе – ревнивое отношение к вещам, жизненным благам и их распределению, практицизм, мягкие сутяжнические наклонности в виде отстаивания своих прав: она повсеместно блюла свои интересы и делала это довольно откровенным и настойчивым образом, да и в квартире ведет себя достаточно бесцеремонно и «склочно».

(30 % выборки.)

Еще несколько изложенных вкратце случаев стертых периодических депрессий.

Набл.126. Женщина 38 лет, русская, с высшим образованием, замужем. Характеризуется сдержанной, «холодноватой», сосредоточенной на работе; домашнее хозяйство ведет спустя рукава, по необходимости, предпочитает общество мужчин, не любит «женских пересудов». В последние годы – очерченные, преимущественно весенние состояния пониженного настроения длительностью до нескольких недель. Продолжает работать в них, внешне они заметны мало, но она хорошо помнит о них, поскольку они сопровождаются тягостным самочувствием (С?).

Набл. 127. Женщина 67 лет, вдова, в прошлом служащая со средним образованием, из Белоруссии, в семье были «намешаны все крови». По характеру экспансивная, сентиментальная, могла поплакать над чем-то трогательным, но при этом всегда блюла свои интересы. Отличалась, по ее собственным словам, трусостью. Интересуется людьми: живет с соседями, молодой парой, опекает ее, помогает в ведении хозяйства, но говорит о них в ироническом тоне, подмечает разного рода несообразности в их поведении. С 55 лет – отчетливые депрессии до двух-трех недель (?) с суточными колебаниями настроения: ограничивает тогда всякую деятельность, делает минимум необходимого, выглядит скучной и потерянной (С).

Набл.128. Женщина 32 лет, русская, работает техником, разведена. С детства любила коллекционировать разные мелочи. Отличалась повышенной впечатлительностью, после неприятностей утрачивала сон и аппетит, навязчиво думала о происшедшем. С мужем, с ее слов, «не сошлись характерами». В последние годы – постоянно вспыльчива, несдержанна и на этом фоне – очерченные фазы тревожного настроения, ничем внешне не провоцируемые, жалуется на них как на нечто ей чуждое и болезненное. Выглядит «рациональной», «хладнокровна», речь скупая, с раздражительной интонацией, с дисфорическим «подтекстом» высказываний (С?).

Набл. 129. Женщина 54 лет, русская, служащая со средним образованием, замужем. Всегда была работящая, аккуратная, любила порядок, спокойная, выдержанная. В

течение года, на фоне климакса, изменилась: стала медлительнее, нерасторопнее, не хочется никого видеть, ходить в гости, «хуже соображает», плохо спит, «в голову лезет ерунда», без конца проверяет, выключила ли газ, одно время «сильно расстраивалась» из-за того, что врачи нашли «изменения» в сердце. Вечером чувствует себя лучше, особенно плохо – утром (С).

(В этом случае депрессия развилась впервые в жизни, но обладает всеми признаками фазовой, периодической.)

Набл. 130. Мужчина 48 лет, русский, с высшим образованием, женат. Был контужен в войну, имеет 3-ю группу инвалидности. Рассказывает, что смолоду были колебания в настроении: «то все хорошо, то не хочется ни с кем разговаривать». После контузии в войну было тяжелое состояние, получил 2-ю группу инвалидности, страдал головными болями, затем состояние улучшилось. В последние годы, без видимых причин, участились депрессии с почти постоянным пессимистическим настроением: скучный, сидит дома, не хочется никого видеть, ни с кем разговаривать. В беседе лаконичен, пасмурен, после работы дома ничем не занят, бездеятелен (С).

(Последнее наблюдение можно отнести к следующему разделу аффективной патологии: здесь имеет место как бы хронизация прежде периодических состояний депрессии. Не исключено, что причина этого – в движении травматической болезни мозга: самой аффективной патологии такая смена стереотипа как будто бы не свойственна, но при наличии иной производящей хроническую болезнь причины, экзо- или эндогении, подобные отношения возможны.)

2. Затяжные субдепрессии

Они описывались в разделе шизоидии, где были настолько часты, что могли быть отнесены к ее типичным проявлениям. Они были столь же характерны для ригидных личностей, у которых в инволюционном периоде были часты состояния с пониженным настроением, «скучностью», пасмурностью, снижением активности и трудоспособности. Развитию собственно депрессии нередко предшествовал достаточно длительный период неврозоподобных расстройств с вегетативными жалобами, «неврозом сердца», вспыльчивостью, раздражительностью, чувством неудовлетворенности, легко колеблющимся, «падающим» настроением. Депрессии в инволюции имели тенденцию сочетаться с явлениями церебрального атеросклероза или осложняться ими.

Несколько коротких иллюстраций:

Набл.131. Женщина 55 лет, русская, квалифицированная рабочая в прошлом, на пенсии, вдова. Всегда отличалась стеснительностью, робостью – особенно в отношениях с молодыми людьми, стеснялась их; и *в* более зрелые годы к мужчинам не тянуло, была холодна в интимных отношениях. С военных лет нервная, вспыльчивая. В последние годы – головные боли, плохой, поверхностный сон, боли в области сердца, находят стенокардию. В эти же годы постоянно снижено настроение, меланхолична, выглядит задумчивой, хотя ни о чем специально в это время не думает. Домоседлива, пассивна. В беседе доступна, но рассказывает о себе не сразу, а как бы по принуждению, нехотя; медлительна, рассеянна, машинально делает домашнюю работу (С).

Следующее наблюдение по особенностям преморбида могло быть помещено в разряд шизоэпилептоидии:

Набл.132. Мужчина 51 года, инженер, украинец. Всегда отличался трудным характером: назидательный, обстоятельный, требовал, чтобы делали все «по нему», как он считает нужным; все воспринимает всерьез, не обладает чувством юмора. Руководит всеми действиями сына (описанного в набл.45): недавно тот по его настоянию «выдал» одноклассника и восстановил против себя этим класс, но отец продолжает считать, что совет его был правилен. В последние год-два стал более скрытен, необщителен, постоянно чем-то недоволен, озабочен в отношении здоровья, хотя ничего, кроме радикулита и варикоза вен, у него не находят; считает, что тяжело болен, доказательство тому видит в плохом «общем самочувствии» (С).

В некоторых случаях важную роль в развитии затяжной депрессии играл длительно действующий психотравмирующий фактор – как в следующем наблюдении.

Набл. 133. Женщина 67 лет, русская, образование среднее, в прошлом служащая, разведена. В юности и молодости – исполнительная, с повышенным чувством ответственности, одновременно – стеснительная, впечатлительная, склонная поплакать украдкой. Вела общественную работу, с соседями по дому общалась мало и выборочно: «не со всяким». Страдает гипертонической болезнью, стенокардией. В последние годы постоянно подавлена, сосредоточена на пьянстве сына, который, пьяный, ее пугает и раздражает, боится его. Медлительна, пессимистична; свое состояние целиком связывает с домашней обстановкой: всю жизнь борется с пьянством – вначале мужа, теперь сына (С).

Далее– длительно существующее астенодепрессивное состояние у больной, в анамнезе которой находим легкие колебания настроения и «периодическую эпилептоидию»: «декомпенсации органической недостаточности мозга» в условиях гормонального и

ситуационного стресса. «Вегетативная эпилептоидия» имеет много точек соприкосновения с конституциональной аффективной патологией – мы писали об этом выше.

Набл.134. Женщина 60 лет, русская, вдова, в прошлом квалифицированная рабочая. С молодости отличалась неустойчивым настроением, эпизодами «хандры»; часто находили понижение кровяного давления. В прошлом трижды: в пубертатном периоде, в войну и во время беременности – в течение ряда месяцев были обмороки, ночные стертые приступы с непроизвольным мочеиспусканием, ощущениями «проваливания» во сне; дневные состояния, во время которых она как бы «отключалась», эти расстройства всякий раз бесследно проходили. На работе повышенно ответственная, «стахановка», умеренно общительна. В последние 10 лет – почти постоянное чувство усталости, слабости в ногах, тревожность и плаксивость в связи с какими-нибудь обстоятельствами или без достаточного повода. В беседе раздражительна, пессимистична, эмоционально лабильна (С).

Случаи с многолетними вегетативными расстройствами, предшествовавшими депрессии:

Набл.135. Женщина 70 лет, русская, со средним образованием, в прошлом служащая, замужем. По характеру спокойная, уравновешенная, сентиментальная: любила цветы, все красивое, «не терпела сплетен». В 31–32 года находили невроз сердца, тогда были квартирные трудности, сильно нервничала. В последние 7–8 лет – повышение артериального давления, тяжелые головные боли, 4 года назад инсульт с преходящими расстройствами речи, после которого ухудшилась память, все записывает. В последние годы тосклива, сомневается в своих действиях, боится за будущее, стала очень медлительна. Выглядит безрадостной, меланхоличной, делает по дому лишь самое необходимое, видит, с ее слов, все «в черном свете».

Случай, в котором растянутый во времени период «вегетососудистой дистонии» был особенно заметен и в течение нескольких лет определял состояние больной. В нем как будто бы прослеживается связь между становлением хронической ипохондрической депрессии и эпилептоидизирующим процессом ревматической (?) или «параревматической» (?) природы. Тимопатическая группа в особенности разнородна – в ней могут соседствовать самые различные по своему характеру состояния. Дадим этот случай подробнее.

Набл. 136. Женщина 58 лет, русская, из Мордовии. Из крестьянской семьи Мать – «добрая, мягкая», отец «погрубее», но стал таким после фронта. Сестра – «в мать», «мягкотелая». Брат, потеряв ногу в результате несчастного случая, пьет, стал резко вспыльчив, взрывчат, очень тяжел в быту.

Себя характеризует в детстве исполнительной, старательной, «не озорной»: боялась ослушаться старших, легко соглашалась делать работу за других – достаточно было попросить ее об этом; сильно обижалась вместе с тем, когда ее обделяли вниманием. Школу по бедности не посещала. В 9 лет начала работать нянькой. В молодые годы самолюбива и стеснительна: стыдилась своей одежды, боялась, что люди плохо о ней подумают, скрытничала, делилась своими переживаниями только с близкой подругой и каждый раз – под большим секретом. В 17 лет гуляла с молодым человеком, который ей нравился, но его взяли в армию, а ее родные выдали замуж за другого. Последнего не любила, он сильно ревновал ее, рассталась с ним, когда он уехал на заработки: отказалась сопровождать его. Жила в общежитии, работала швеей-мотористкой – была в эти годы весела и довольна жизнью, замуж «больше не тянуло».

В 26 лет перенесла воспаление суставов (локтевых и более мелких – рук), нашли ревматизм, суставы вылечили, но здоровье с тех пор «стало не то»: начала уставать, чего раньше не было; временами вновь «побаливали» суставы, снизилось давление крови. В 32 года уступила настояниям ухаживавшего за нею мужчины, вышла за него: надеялась найти в нем «опору в жизни», родила в 32 года сына. Муж вскоре начал пить, прожила с ним 4 года – затем разошлись. Жила с сыном, сильно утомлялась, оставила фабрику, где проработала 20 лет, думала найти место полегче. Особенно плохо себя почувствовала в 40 лет: «здоровье вконец расшаталось», переутомлялась, плохо спала, «нервничала» по малейшему поводу,

обращалась к врачам с жалобами на сердцебиения, боли в сердце, резкую слабость. Находили «невроз сердца», «истощение нервной системы», «воспаление придатков». Дома перестала выносить бытовые неудобства (небольшая комната с общей ванной за стенкой, часто протекал потолок). Добивалась нового жилья, целый год писала письма в разные инстанции – вплоть до главы правительства: было давнее, застарелое, не прекращающееся ни на час чувство обиды на жизнь и людей вокруг. В 47 лет получила новую комнату, но радости по этому поводу не испытала: «сердце уже было испорчено», считала себя к тому времени непоправимо больным человеком. С 42 лет на инвалидности 3-й группы по поводу «ревматизма», «общего невроза». В 53 года инвалидность была снята. Восприняла эго как личную обиду, перестала в знак протеста ходить к врачам. С 53 лет – «климакс» с ухудшением самочувствия: возросли слабость, сердцебиения, одышка; при малейшем недомогании утрачивала трудоспособность: «даже от боли в пояснице». В последние годы к давним жалобам присоединились новые: головокружения при перемене положения тела, непрерывный шум в голове. Появилась почти постоянная боль за грудиной, которая прежде беспокоила лишь временами. Стала хуже память: забывает, зачем вышла из комнаты, перепроверяет свои действия. В последнее время, по оценке родных, редко когда бывает спокойна – обычно в обиженном, раздражительном настроении, брюзжит, всем недовольна, «ругается, если что не по ней» – но не властно, а, скорее, беспомощно, с отчаянием. При головных болях «расстраивается», плачет, говорит, что лучше не жить, чем так болеть. Пытается распоряжаться дома, как прежде, но «из этого ничего не выходит»: суетлива, беспокойна, волнуется по пустякам. Дома почти ничего не делает: «сходит в магазин и на весь день устала». Сама добавляет к сказанному детьми, что в последние 5–6 лет «сердце почти все время тоскует»: «когда сын был в армии, то из-за него, теперь отчего, сама не знаю».

– Вертикальная депрессивная складка на лбу; седая, астенизированная, выглядит старше своих лет. Все делает медленно, с видимым усилием, с легко возникающей одышкой. Лицо с выражением постоянного сдержанного недовольства; в беседе пассивна, ведома. Считает свое здоровье и жизнь загубленными, визит врача в связи с этим вызывает лишь обиду и злое чувство: «поздно занялись мною». Настроение в ходе разговора изменчивое: легко начинает плакать, но может и заулыбаться. Склонна винить невестку и сына в недостаточно внимательном отношении к ней (что не соответствует истине), глубоко беспомощна и «беззащитна». Данных за порок сердца при обследовании, равно как и в прошлом, не выявлено (В).

Состояние больной в последние годы можно было бы связать с быстро прогрессирующим церебральным атеросклерозом, но при такой трактовке событий остается необъясненным длительный неврозоподобный период страдания, сопровождавшийся нарастанием личностной патологии эпилептоидного круга: с утрированной «обидчивостью», возбудимостью, раздражительной слабостью, сутяжничеством, «застреванием» на квартирном неблагополучии и «несправедливости», допущенной по отношению к ней при снятии инвалидности, а в последнее время – с особенной безутешной, «плачущей» и озлобленной депрессией и ипохондрией. Над всем случаем «висит тень» мягкой энцефалопатии с яркой вегетативной симптоматикой, которую естественно связать с ревматизмом, предположительно имеющимся у больной, но доказать ее, как обычно в таких случаях, сложно (и, по-видимому, нет большой нужды, поскольку, если это и ревматизм, то не тот, который умеют диагностировать и лечить терапевты). Можно лишь отметить, что психическое заболевание началось здесь после артрита и на первых порах была очевидна его связь с неясным телесным недугом, сопровождавшимся преходящими артралгиями, артериальной гипотензией и зависимостью от погодных условий.

Отчасти сходный случай.

Набл.137. Мужчина 63 лет, русский, в прошлом квалифицированный рабочий, женат. В раннем детстве до 5 лет был очень капризен, падал и бился ножками об пол. В последующем характеризовался степенным, положительным, домоседливым; отличался, вместе с тем,

впечатлительностью, пугливостью. С 27 лет, после смерти матери, которую перенес очень тяжело, стал нервным, вспыльчивым, появились «сердечные» приступы, которые периодически возобновлялись – говорили о ревматизме. В 37–38 лет перенес «истощение нервной системы», получил на время 2-ю группу инвалидности, затем сменил профессию. После того как ему не возобновили группу, отказался посещать врачей, затаил чувство глубокой обиды на медицину. В последние годы постоянно пасмурен, обижен на жизнь, говорит, что никому не нужен. Молча заботится о внуке. Разговаривает нехотя, выглядит пасмурным, обиженным, в семье держится особняком, молча; может, «накопив обиду», зло пожаловаться на невнимание, неуважение и плохое отношение к нему родственников, затем вновь «отмалчивается» (С).

Еще одно, в чем-то схожее с последними, наблюдение, в котором, однако, уже нет ничего «ревматического».

Набл.138. Женщина 55 лет. Из крестьян Рязанской области. Отец – «очень строгий, неразговорчивый», все, что он говорил, выполнялось неукоснительно, хотя он никого не бил; не любил, когда дети шумели; пользовался в деревне репутацией хорошего советчика: с ним советовались о покупках, при принятии каких-либо решений, сам был очень хороший хозяин. Мать – «проще, доступнее». Дети (пятеро) – все похожие Друг на друга: шумные, веселые среди своих и более стеснительные на людях; в зрелом возрасте – работящие, положительные, семейственные. Жила в деревне до 14 лет. Было много подруг, любила пение и танцы. В 14 лет уехала с подругами в Москву, устроилась домработницей у бывшей односельчанки, прожила у нее 2 года, но ушла – так как «не хотела всю жизнь жить в прислугах» – сначала в столовую, затем на завод. В 18 лет «познакомилась с пареньком», вышла замуж. Муж погиб в войну. До сих пор его «жалеет». Считает себя с военных лет вспыльчивой: тогда много «нервничала», особенно хорошо помнит, как потеряла продовольственные карточки. С 46 лет стенокардия. Имела высший разряд в своей профессии, работала все время в цеху, но вынуждена была уйти из-за профессионального конъюнктивита. На новом месте (работает токарем) ее тоже «очень ценят», «не отпустили на пенсию», обращаются к ней за советами. Она отличается прямолинейностью, может сказать резкость, но ей это прощают, так как она «судит по справедливости». Людей вообще любит, но компаний, вечеринок всегда избегала, на них охватывалась грустью. Были знакомые мужчины, но замуж во второй раз «не тянуло». В последние годы часто бывает «печально, одиноко», старается больше времени проводить с соседями, с которыми живет как одна семья. В последние годы – частые головные боли («редкий день когда голова не болит»), иногда бывает ощущение, что в голове «что-то возится», «больно расчесываться». Плохо засыпает: «нет сна, лежу без мыслей».

Выглядит несколько моложе своих лет, грустноватая, чуть отрешенная. Речь беглая, свободная, с минорной повествовательной интонацией. Малоподвижна, движения приторможены, но без ощущения неестественности или неловкости, мимика меланхоличная, скупая, но тонкая и вполне выразительная (С).

Роднит этот случай с предыдущими наличие длительного неврозоподобного состояния, переходящего в стертую и протрагированную «депрессию настроения». Он отличается от предыдущих, более родственных эпилептоидным, отсутствием истинной ипохондрии, сверхценного отношения к здоровью, кверулянтства и дисфорий – хотя и здесь имеются как бы переходящие по наследству от отца более мягкие черты эпилептотимии: «прямодушие», «любовь к справедливости», независимая резкость и объективность суждений, качества «прирожденного» арбитра и советчика.

3. Конституциональная гипотимия

В этот раздел помещены случаи с еще более стертыми и длительно существующими гипотимными состояниями, которые обычно воспринимались больными не как болезнь, а как привычное для них состояние, «сливающееся с характером». При расспросах удавалось

(в какой-то мере и в какой-то части случаев) выявить период возникновения этих расстройств и колебания в их интенсивности в последующем. В целом они соответствовали описаниям П. Б. Ганнушкиным, но составляли слишком пеструю и разнородную группу, чтобы можно было говорить о како, м-то очерченном и однообразном клиническом единстве.

Набл. 139. Женщина 55 лет. Русская, из крестьян Подмосковья. Отец – «добрый, умный»; потеряв две ступни, продолжал служить начальником земельного отдела; после 30 лет спился, умер в доме для инвалидов. Мать – «простая», «здоровая», оставила мужа, когда тот запил, самостоятельно вела хозяйство, умерла в 42 года от рака горла. Две сестры и брат – все люди «нетрудные», спокойные, здоровые. Сыну 33 года, по характеру – «копия обследуемой», флегматичен, «ни на что внешне не реагирует», хотя семействен и заботлив по отношению к близким. Дочери 36 лет: в школьные годы она была «очень серьезной» – настолько, что учителя спрашивали мать, улыбается ли она когда-нибудь; как и брат, закончила вечерний институт, работает инженером; недавно развелась с пьяницей-мужем; после развода «стала какая-то рассеянная».

Обследуемая считает себя с детства невозмутимой, довольно медлительной, но не задумчивой, а, скорее, беззаботной. В юности посещала танцы, кружки самодеятельности, но более всего любила шить и вышивать, что осталось и поныне. В 15 лет приехала в Москву на поиски работы, в 18 – вышла замуж. Близкие подруги были только в детские и юношеские годы – с замужеством внимание сосредоточилось на материальной стороне жизни: «думала больше о деньгах», много работала, «на подруг не хватало времени». Лет с 20 – сильные головные боли во время месячных («стягивало глаза, были мушки перед глазами, раздражал шум»). С тех же пор начала уставать, становилась тогда ко всему безразлична, не хотелось делать ничего лишнего. Работала на фабрике, затем был перерыв в стаже в связи с рождением двух детей, потом устроилась поваром. Жили с мужем довольно уединенно, отношения были ровные – пока муж не стал пить: тогда спокойно, без ссор, развелась с ним. Он продолжал пить, оставался жить *в* одной квартире с ней – она нашла способ разъехаться Живет теперь одна, ездит в семьи сына и дочери, внуки ее любят. Остается, как была, «флегматична», на вид – ко всему безразлична, но в деле, по общему мнению, иная, «заботливая». Настроение ее постоянно, однообразно снижено, что она сама воспринимает как чуждое ей состояние, хотя оно у нее такое очень давно. Головные боли прекратились с климаксом, в это время и в течение двух лет потом повышалось давление крови.

Уравновешенная, невозмутимая, разговаривает с врачом охотно, описывает себя полно и объективно. Недовольна своим характером, тем, что всегда немного скучна. Отмечает у себя повышенную брезгливость и еще – нелюбовь к врачам и больницам. О дочери (которая сейчас постоянно «рассеяна») говорит озабоченно, об остальных членах семьи – спокойно, но так же тепло и участливо (С).

Конституциональная гипотимия в этом наблюдении напоминает шизоидию, но характерно шизоидные черты здесь, по-видимому, отсутствуют: обследуемая эмоционально сохранна, у нее нормальные отношения с близкими и окружающими. Она постоянно «скучна», «безразлична на вид», флегматична, но шизоиды с подобной хронической субдепрессией обнаруживают достаточно выраженные личностные особенности: «дрейф по жизни», пассивную подчиняемость, инертность – она же вполне активна и ведет себя житейски ничем не примечательным образом; она и сама отмечает у себя определенный практицизм и обыденность интересов – она вообще относится к себе достаточно критическим образом. Самокритика ее нелицеприятна и останавливает на себе внимание: в ней есть некий сторонний объективизм, за которым стоит обычно «схизис» личности, но который может, видимо, наблюдаться и при хронической субдепрессии, подобной вышеописанной, близкой к «конституциональной», сопровождающейся недовольством жизнью и своим характером.

В следующем наблюдении – также постоянно сниженное настроение, дистимическая неудовлетворенность жизнью и общий «упадок сил», рано выявившиеся и похожие на unlust латентных шизофреников, но не идентичные ему (если всерьез различать все эти состояния),

а звучащие скорее эпилептоидной дисфорической нотой и сопровождающиеся мигренозными головными болями:

Набл. 140. Женщина 20 лет. Отцу 46, он шеф-повар; уже лет 20 пьет, но профессионально не снижается; трезвый – «золото», все делает по дому, разговорчив, весел, обходителен; пьяный – придирчив, бранит родню, осыпает ее упреками. Мать – библиотекарь, лицо в деревне уважаемое; в последнее время, из-за пьянства отца, нервная, неуравновешенная.

Обследуемая развивалась без особенностей; до школы и после нее любила компании (но ее самая близкая и доверительная подруга, с которой она всем делилась, напротив, была домоседлива и необщительна). Выбиралась на пионерские должности, была отличницей. Месячные с 11 лет, интерес к молодым людям с 15, замуж вышла в 19. С мужем познакомилась в техникуме: оба занимались «организацией культурно-массовой работы». Лет с 16 отмечает у себя нервность и раздражительность: появились головные боли, больше в висках, тупые и длительные – иногда вставала по утрам с ними. Когда чувствует себя хуже обычного, начинает спорить, раздражаться – падает настроение, делается недовольна: чем-то определенным или без внешнего повода. Стала в последнее время менее трудоспособна, недовольна условиями работы. Намеревалась поступать с мужем в институт, но почти не готовится к этому, «нет желания», стала меньше читать. Спорит со свекровью, намеренно ни в чем ей не уступает. Отношения с мужем тоже ухудшились: он деятелен, «полнокровен», предприимчив, любит женщин.

Худая, с блеском глаз, с решительными, порывистыми движениями. Одета и ведет себя претенциозно. На стенах – броские украшения: в частности – большая цепь из крупных позолоченных колец. Лицо малоподвижно, четко очерчено, выражение его сдержанно-недовольное. С врачом ведет себя предупредительно, отвечает на все его вопросы, но думает в это время, кажется, о другом и «попутно» ссорится со свекровью. Застала в этот день дома мужа с зашедшей к ним молодой сотрудницей; приревновала его, встретила гостью с аффектированным гостеприимством, но держалась с ней со скрытой враждебностью, с оттенком превосходства (С).

Эту личность можно было расценить как «истероидную», но. как и в других подобных случаях, это мало что дает для «диагностики»: помимо «истероидности» здесь можно найти и черты шизотимии, ювенилизма и конституциональной невропатии – в каком-то ином, нежели в других случаях, сочетании. Тимопатический компонент наличествует в виде хронической неврастеноподобной субдепрессии с ведущим аффектом недовольства: как внешне мотивированного, так и диффузного, безадресного, но проецируемого всегда наружу и не влияющего на самооценку.

Еще одно наблюдение с вегетативными жалобами – настолько благополучное, что его можно было демонстрировать и среди так называемых «минимальных» случаев:

Набл.141. Женщина 39 лет. Родилась в Москве, родители русские, служащие, отец «добродушный», мать «вспыльчивая». Себя характеризует с детства ровной, спокойной, довольно пассивной; среди подруг никогда не играла ведущей роли, но была общительная, «как все», «обычная». Кончила школу и инженерный вуз, работает экономистом. Имеет семью, двоих детей. Муж – начальник цеха, вспыльчивый, честолюбивый, резкий, советуется с женой, но предпочитает решать вопросы по-своему. Не противится этому, обычно соглашается с ним, сосредоточена на ведении хозяйства. В домашних условиях выглядит малозаметной, в разговоре вполне разумна, рассудительна. В квартире – обстановка материального благополучия. Дети учатся хорошо, одна девочка бойкая, общительная, другая – более самолюбива, обидчива, стеснительна, но та и другая – обычные дети. На работе у обследуемой тоже «все в порядке», отношения с сотрудниками «нормальные».

В последние годы жалуется на то, что стало легко меняться настроение: она волнуется из-за мелочей, беспокоят колющие боли в сердце, пьет валерьянку, валокордин. К врачам обращалась дважды, ставился диагноз невроза сердца. Лечиться не захотела, к состоянию своему относится пассивно, приемлет его как неизбежное.

Белокурая, полная, несколько рыхлая, медлительная. В присутствии мужа беседу активно не поддерживает, лаконично подтверждает наличие у нее расстройств, но не хочет рассказывать о них подробнее (Д).

Здесь снова – «болезнь сниженного настроения» и сердечные жалобы, ведущие к постановке диагноза «невроза сердца». Одни из таких больных более сосредоточены на своем физическом состоянии, более активны и «истероидны»; другие более «рыхлы», вялы и пассивны в своем страдании – как в последнем наблюдении. Какое отношение имеет эта патология к группам тимопатии, эпилептоидии и шизоидии, связана ли она с ними вообще, судить при таком «разведении» и недифференцированности аффективных расстройств трудно.

В следующем наблюдении тоже нет «собственно депрессии», но обнаруживается патология «основного» настроения: ни на чем не основанная тревожность и неудовлетворенность жизнью при видимом благополучии; такого рода наблюдения родственны, наверно, «эссенциальной тревоге женщин» американских авторов.

Набл.142. Женщина 32 лет. Отец описан далее в разделе «Травматические слабоумие и эпилепсия» (набл.180), мать – среди больных с гипертонической болезнью (набл.161). В детстве была плаксива, беспокойна, неусидчива, громко и по незначительным поводам рыдала дома и на улице, была очень обидчива. В школе до старших классов ленилась, затем «переменилась»: стала «серьезнее», ответственнее, прилежнее. В 19 лет лежала в больнице по поводу аппендицита и ей понравилась атмосфера больницы, труд врачей и особенно один из них – с тех пор стала мечтать о медицинской профессии. Кончила с отличием медучилище (сразу в вуз не попала), затем, работая, закончила вечерний мединститут. Лет с 22 становится все более раздражительной, резкой, безапелляционной. Возмущает всякого рода «непорядочность», дома сильно раздражал отец, с которым часто ссорилась, не могла сдерживаться. Долгое время не интересовалась молодыми людьми: первое длительное увлечение в 24 года, замужем за этим человеком (тоже врачом), семейной жизнью довольна. На последнем месяце беременности несколько суха, резковата – особенно в общении с отцом, обрывает его. Суждения категоричные, пристрастные. С врачом держится гостеприимно, вполне откровенна. Жалуется на раздражительность, отсутствие душевного спокойствия – постоянно чем-то озабочена: каждый раз как будто бы – реальными трудностями, но на поверку выходит, что ничем, а из-за дурного настроения; редко бывает веселой, всегда готова возмущаться «несправедливостью» (С).

Этот случай близок к «органико-эпилептоидному» полюсу психической патологии: морализаторством, пристрастностью, нарастающей жесткостью суждений. Снижение настроения носит постоянный характер, имеет дисфорическую тональность, но расстройства ее остаются преимущественно в тимопатическом поле: ее «гложет» явная или подспудная тревога, «отсутствие спокойствия», чувство шаткости бытия, ощущение некой «жизненной трещины».

Еще несколько случаев стертых «застарелых» аффективных расстройств вкратце – для иллюстрации массовости феномена. В некоторых из таких случаев депрессии выглядят психогенно спровоцированными или поддерживаемыми неблагоприятными внешними обстоятельствами. Преморбидно одни из этих лиц ближе к шизотимам, другие – ригидно-ананкастным личностям, но «безупречно здоровых» здесь нет, кажется, вовсе. Группа, без сомнения, сборная – это ясно уже на описательном уровне.

Набл.143. Женщина 30 лет, русская, инженер, замужем. В школе была робкой, после разного рода неприятностей надолго снижалось настроение. Остается малообщительна, не знает никого в доме. Знакомства даются трудно, не знает, о чем говорить с малознакомыми людьми, прежних связей также не поддерживает, в гости с мужем (пишущим мрачные стихи) не ходит. Оба сидят дома, но каждый занят своим: муж сосредоточен на писательстве и работе, она – на домашних делах. В беседе излишне ведома и откровенна, держится с оттенком беспомощности. Жалуется на себя и на свою жизнь, никого в ней не обвиняя. (С?).

Набл. 144. Женщина 55 лет, русская, Работала уборщицей, вдова. Говорит, что в

прошлом «намучалась» с душевнобольным мужем, но не оставляла его. Теперь часто– плохое настроение без каких-либо внешних причин, «само по себе». Никого в доме не знает, ни с кем своими переживаниями не делится. Выглядит медлительной, заторможенной, отвечает не сразу, односложно, но всякий раз разумно и точно (С?)

Набл.145. Женщина 55 лет, служащая со средним образованием, разведена. Страдала с наступления месячных и до климакса мигренями. По характеру флегматичная, «безразличная», необщительная – на этом фоне, для нее обычном, бывают еще и состояния беспричинно сниженного настроения, на которые она жалуется (С?)

В следующем наблюдении можно, по-видимому, говорить не о конституциональной, а о хронической субдепрессии с неврастеноподобным фасадом, развившейся у личности ригидного склада, но где проходит грань между конституциональной гипотимией и хронической субдепрессией, имеющей свое начало и реже – окончание, сказать так же трудно, как и о начале процесса при латентной шизофрении. Здесь фигурирует также ипохондрия (канцерофобия), которая в клинике, как известно, всегда усложняет квалификацию случая, сдвигая его в сторону шизоидно-шизофренного полюса патологии:

Набл.146. Женщина 41 года, русская, образование высшее, разведена. Всегда отличалась исполнительностью и повышенным чувством долга. Много и охотно училась, занималась общественной работой (в месткоме). Половое влечение было всегда слабым, могла обходиться без мужчин. Развелась с мужем – оттого, что тот «оказался эгоистом». В последнее время много нервничает: плохо ест, похудела, временами кажется, что у нее рак. Продолжает много работать, как прежде. Выглядит сосредоточенной, «углубленной в свои переживания», недостаточно критично относится к мыслям о раке, хотя называет их «лишь предположениями» (С).

В следующем наблюдении собственно депрессивные расстройства на втором плане, они еще «вызревают»: у больной, на фоне общей и давней «торпидности», «тяжеловесности» психики, в течение года – «невротические» расстройства глотания. Это (если у нее нет другой патологии) – «органный невроз» старых авторов:

Набл.147. Женщина 31 года, русская, квалифицированная рабочая, замужем Всегда была слегка медлительна, неповоротлива, не сразу отвечала на вопросы, но на работе это не сказывалось (она станочница), проявлялось больше в обыденной жизни, хотя и здесь не мешало ей полностью справляться с домашними нагрузками. Настроение было всегда ровное, одинаковое. В хороших отношениях с мужем, половое влечение, видимо, повышено: производят с мужем впечатление любовников. Была всегда здорова физически. В течение года, без видимых причин, появились «спазмы» при глотании – постоянно думает о них, ожидает их повторения, стала меньше заниматься домом. Выглядит несколько отрешенной, не глядит на врача, сообщает о своих расстройствах с рассеянностью в лице и в голосе, постоянно прислушивается к ощущениям в глотке. Движения несколько замедленные, растянутые, эротично-жеманные. Рослая, крупная, мускулистая (С).

4. Циклотимия и конституциональная гипертимия

Гипомании, как было сказано выше, встречались значительно реже депрессий. Выраженные мании наблюдались в двух случаях манифестной шизофрении; гипомании в составе циклотимных колебаний – у больных вялотекущей и латентной шизофренией. Далее – еще два наблюдения биполярных циклотимных фаз: у женщин с психопатическими чертами «смешанного» типа. У одной из них легкие депрессивные фазы протекают на фоне конституционально повышенного настроения, хронической экзальтации, мягкой «эстетствующей» шизоидии с легко возникающими состояниями «восторженности»:

Набл.148. Женщина 70 лет, русская, в прошлом служащая, вдова. Болела бронхиальной астмой, струмой. Всегда много, «с упоением» читала, относилась к прочитанному как к реальности, близко к сердцу принимала события в мире искусств, ходила на все модные спектакли. Общалась с людьми мало, вела с мужем уединенный образ жизни. В пожилом

возрасте возникли отчетливые периоды подавленности, вялости. Раньше они сменялись возвратом к прежнему состоянию, в последнее же время имеют тенденцию удлиняться. При осмотре состояние субдепрессии. Оживляется, рассказывая *о* прошлом, но ненадолго, говорит, что нет желания кого-либо видеть, с кем-нибудь разговаривать, делает по дому лишь самое необходимое (С).

Второе наблюдение касается женщины молодого возраста:

Набл.149. Девушка 17 лет, русская, кончила школу, работает лаборанткой. Увлекается театром, играет в самодеятельности, намерена стать актрисой. С детства обидчивая, впечатлительная, с неустойчивым настроением; в последующем – «непрактичная», очень не любит заниматься домашним хозяйством. В последние годы – отчетливые колебания настроения: «то всех веселит, то как в воду опущенная». Подвижная, быстрая, стремительная. Выглядит сосредоточенной. Интереса к беседе не проявила, все сведения получены со слов матери (С?).

Здесь тимопатия проявляется характерным фазным биполярным синдромом, протекающим на фоне ювенилизма психики, обычного для циклотимии. Последняя достаточно типична в своих проявлениях, но заметен и шизоидный «радикал психики» случая, давший жизнь эстетической доминанте и предопределивший непрактичность, житейскую неприспособленность этой завзятой театралки. У следующей поклонницы театра аффективный синдром еще более сложен и, как это бывает у «минимально текущих» шизоидов, «расщеплен»: гипертимия и подспудная субдепрессия здесь как бы сосуществуют и борются за главенство в психике. Приведем этот случай в паре с матерью, которая гипертимна:

Набл.150. Женщина 39 лет. Родилась в Москве. Родители – евреи из Украины. Отец – энергичный, веселый, хороший семьянин, работал продавцом. Мать рано умерла от «виттовой пляски» (?). Сестра благожелательная, спокойная.

Кончила 7-летку, затем торговую школу. С 16 лет работает продавцом. Отношения в семье и на работе «хорошие», по характеру общительная, «веселая, если все хорошо», подвижная, энергичная. Хозяйственная, ловкая, «любящая жена и мать». Единственное, что омрачает ей жизнь – хронический тромбофлебит ног.

Выглядит моложе своих лет, с легким блеском глаз, живая, подвижная, непосредственная, часто улыбается. Держится уверенно, отвечает с готовностью, хотя без заметного интереса к беседе: видно, что ждет ее скорейшего завершения (Д).

Дочь сложнее, «мозаичнее» матери:

Набл.151. Девушка 19 лет. Отец живой, веселый, несколько сентиментальный, очень любит музыку; в последнее время выпивает, но не «злостно», а «в свое удовольствие»; становится с годами беспечнее и мягче – до «бесхарактерности». (Жена, кстати, относится к его пьянству чересчур спокойно, без каких-либо опасений.)

Росла и развивалась правильно. Была ласковой «вкрадчивой» в отношениях с родителями, умела незаметно настоять на своем, себя называет с детства властной. В школе общительна, но всегда предпочитала компанию обеспеченных и развитых детей. «Ленилась», училась средне, но при этом кончила, параллельно общей, 4 класса музыкальной школы. В последние 2 года готовится к поступлению в театральный вуз: ходит в кружок при Детском театре, пишет рецензии на спектакли, ищет педагога для подготовительных занятий. Сама играть на сцене не пыталась – лишь несколько раз публично декламировала стихи, но повторять этот опыт не хочет, так что не совсем ясно, что же ее влечет к актерской профессии. Говорит по этому поводу, что ей нравится мир сцены, она согласна поступить и на искусствоведческий факультет – лишь бы быть при театре. В последние два года стала более резкой, вспыльчивой; у нее часто недовольное настроение, стала открыто пренебрегать некоторыми из прежних подруг. Регулярно встречается с молодым человеком из своего класса, но ищет и других знакомств, поскольку не удовлетворяется его простотой и обыденностью.

Подвижная, внешне энергичная, с блеском глаз. Держится вначале с утрированным

«смирением», затем, напротив, с высокомерием в суждениях и оценках. О молодом человеке, с которым проводит время, говорит «с прохладцей». Хочет стать артисткой, не объясняя почему, говорит об этой профессии как о рядовой, одной из многих. На вопрос, как она думает попасть в театр, отвечает, что у нее много знакомых в этом мире и ей будет легче поступить в студию, чем всем прочим. К приходу врача отнеслась с явным безразличием: не вникла в суть дела, не проявила какого-либо любопытства, «исправно», но машинально отвечала на вопросы, выглядела при этом деловитой, сосредоточенной, куда-то спешила (С).

Эта занятая и «сосредоточенная» на себе особа похожа, конечно, на лиц шизоидной группы: своими интересами, избирательностью общения, налетом высокомерия, своего рода «практичной непрактичностью», эмоциональной «прохладностью», двойственным отношением к молодому человеку, с которым она регулярно встречается. Гипертимность, передавшаяся ей, видимо, от матери, в ее случае омрачена длительной дистимией: с чувством неудовлетворенности жизнью и поисками иной «среды обитания», более отвечающей ее идеальным устремлениям. При этом, несмотря на наличие протрагированного субдепрессивного состояния, которое, казалось бы, должно было уничтожить гипертимию, последняя лишь «обезглавливается», лишается гипоманиакального само- и мироощущения, но сохраняется наряду с дистимией в виде повышенной подвижности, «предприимчивости», расторможенности: как если бы ее моторная, деловая и сексуальная активность определялась на ином уровне, нежели эмоции настроения.

Гипертимные больные с расторможением влечений, как лица с более неустойчивой психикой, чем «чистые», «неосложненные» гипертимы, часто «давали психогенные срывы», реактивные депрессии, протекавшие у них особенно бурно и особенно заметно – по контрасту с исходным состоянием. Эти случаи описаны в разделе психогений: см. набл.193, 204, 205. Приведем аналогичный случай – преходящей психогенной депрессии у гипертимной личности:

Набл.152. Девушка 17 лет, русская, работает после школы на заводе. Характеризуется подвижной, очень общительной, много подруг, живо интересуется мальчиками, в школе училась плохо, прогуливала. После суда над отцом и его заключения долго и безутешно плакала: реакция эта продолжалась две недели и обратила на себя внимание родных как чрезмерная. Потом возвратилось прежнее состояние. Выглядит несколько расторможенной, повышенно активной, оживленной (Д).

Гипертимия могла сочетаться не только с расторможением влечений, но и с психопатическими чертами иного спектра: шизоидно окрашенной экзальтацией или близкой к мягкой эпилептоидии «истероидностью». *Набл.153.* Женщина 49 лет, техник, польско-украинского происхождения. Всегда была, с ее слов, кокеткой, «веселой без оглядки», играла в самодеятельности, была общественницей, организовывала культработу, было много поклонников. Обо всем этом говорит в игриво-повествовательном тоне, без поправки на возраст, будто бы все было недавно. Выглядит экзальтированной, глаза поблескивают, довольно улыбается, кокетлива. Дома вполне хозяйственна, держит мужа в руках, распоряжается им, по ее словам (Д).

Наконец, случай сочетания тимопатии и последствий черепномозговой травмы, полученной в раннем детстве, с общим и причудливым рисунком «суммарной», «экзо-эндогенной», психопатии:

Набл.154. Женщина 23 лет. О родителях ничего достоверного. В 3 года обследуемой «пробили камнем» голову, после чего у нее до 7 лет были приступы, когда теряла сознание, стояла с крепко сжатыми руками, так что нельзя было ничего вырвать из ее рук, теряла в это время мочу. Лечилась в стационаре, приступы со временем полностью прекратились. Училась средне, но школу закончила вовремя. Характеризует себя в школьные годы тихой, замкнутой, боязливой, боялась выйти к доске. Эта готовность к волнению осталась и теперь, но с 16–17 лет стала общительнее, энергичнее, активнее. Работает после 10-летки секретаршей в институте. Работа «верченая», но нравится быть все время на людях. В последние 2 года более несдержанна, вспыльчива, может «наговорить что угодно», потом

«раскаивается». Свекровь называет ее нервной: когда она спокойна, то «хорошая, веселая», но после неприятностей бывает возбуждена, раздражительна, близко к сердцу принимает склоки в квартире, не имеющие к ней прямого отношения. Склонна драматизировать события, говорит, что после ссор с соседями плохо себя чувствует, отказывается идти домой. Часто после работы ложится спать и, если ее разбудить, возбуждается, недовольна и враждебна, плачет, бежит в ванную, запирается в ней – так что ее спящую не трогают: ведет она себя при этом так, как если бы она не вполне проснулась. Год назад – тяжелые роды мертвым плодом (после нефропатии): если теперь неосторожно упоминают об этом, у нее «начинается истерика».

С румянцем, подвижная, порывистая. К ситуации визита относится как к игровой, отвечает то с увлечением, то с преувеличенной стеснительностью. Обнаруживает «временную» внушаемость и податливость в беседе; сведения о себе дает вначале чересчур доверительно и послушно, затем столь же немотивированно теряет интерес к беседе, уходит. Отмечает у себя легко возникающую тревожность и мнительность в отношении здоровья, своего и мужа: пугается при незначительном недомогании – но не всякий раз, а «под настроение». Ничем не болеет: жалоб, кроме как на чересчур крепкий сон, нет (С).

Гипертимия и циклотимические колебания настроения соединяются у этой молодой женщины со свойственной резидуальным травматикам и формирующимся эпилептоидам лабильностью аффекта иного рода: с огневой вспыльчивостью, чертами раздражительной слабости, состояниями «разбитости» после конфликтов, общим фасадом «истероидности». Характерны для «органической психопатии» и близкие к просоночным «опьянения сном»: не вполне ясное сознание при насильственном пробуждении (А. Л. Эпштейн2, В. П. Ясинский). Поместить случай в данном разделе нас побудил основной гипертимный фон настроения, на который как бы наслаиваются «органические» расстройства.

«Чистые», не осложненные заметным расторможением влечений, гипертимные лица не производили, естественно, впечатление больных и описывались как повышенно общительные, активные, веселые и т. п. личности: гипертимия действительно скорее помогала, чем мешала, жить этим людям. Между тем синдром биологически не столь невинен, как социально. У всех __ – лиц этой группы отмечались явления ювенилизма, который свидетельствует о том, что в основе состояния в целом лежит ранний и достаточно мощный фактор, способный вызвать частичную задержку как психического, так и физического развития. Как иллюстрация – случай «чистой» гипертимии с ювенилизмом (инфантилизмом?) психики у больного с семейным отягощением шизофренией:

Набл.155. Мужчина 70 лет. Коренной москвич, русский. Отец – рабочий, вспыльчивый, выпивал; пьяный скандалил; умер в 72 года от рака желудка. Мать мягкая, безропотная, страдала стенокардией, умерла в 72 года. Брат – в отца, вспыльчив, любитель выпить, умер молодым от пневмонии. Сестра психически больна. Смолоду – веселая, непритязательная, «мягкая», любила петь. Заболела в возрасте 45 лет, во время войны. Вначале сильно боялась бомбардировок, затем развился бред преследования: видела подозрительных лиц на улице, в квартире, говорила тихо, «чтоб не слышали», просила, чтоб другие поступали так же. Замужем за душевнобольным (вышла замуж до собственного заболевания, когда он был уже болен). Сейчас ей 72 года, она ведет замкнутый образ жизни, избегает родных, старается меньше выходить из дома. Не стационируется, пребывает в одном и том же, «застывшем» состоянии.

Сам обследуемый с детства послушен, незлобив, общителен. Легко подпадал под влияние товарищей, но «озорством не отличался», избегал его. С малых лет очень любил животных и растения – до сих пор жалко, когда ломают деревья или бьют животных. Был подвижен, любил спортивные игры, коньки; в зрелые годы, уже будучи рабочим, увлекался теннисом (но, живя у реки, так и не научился плавать и до сих пор боится воды). Играл на мандолине в компаниях: делал это на каждой вечеринке. После училища был учеником в магазине, потом счетоводом. В гражданскую войну «не подумавши» пошел с товарищами на фронт добровольцем. По возвращении длительное время работал вулканизатором на шинном

заводе; кончил, работая, техникум. Был бессменным казначеем профсоюзной организации. Оставался и в зрелом возрасте жизнерадостен, уступчив, безобиден: на заводе его знал каждый. Женился в 35 лет. После женитьбы образ жизни изменился мало: по-прежнему ходил в компании, где с неизменным удовольствием играл, вином не увлекался, не любил его. С началом Отечественной войны – в народном ополчении, был связистом, получил электротравму, после которой плохо слышал (ударило током в наушники). После войны некоторое время был техником в учреждении, затем его снова «зазвали» на завод. С женой всегда были ровные, несколько идиллические отношения: она похожа на него сентиментальностью, любовью к животным, но тверже и влиятельнее его в житейских делах и ситуациях. У них был ребенок, рано умерший от пневмонии; других детей жена иметь не хотела.

В последние 10 лет (с 60) чувствует себя хуже: боли в сердце, головные боли, слабость, стал медлительнее. 3 года назад ушел на пенсию. В эти годы появились «беспричинные слезы» и «нервничание» по незначительным поводам, усилилась свойственная ему прежде чувствительность. Плачет, когда смотрит трогательные фильмы, легко начинает волноваться – вынужден прервать разговор, чтобы успокоиться. В свободное время гуляет с женой: стараются быть ближе к природе, но его, в отличие от нее, тянет еще на люди.

Пикнического сложения, румяный, с признаками начинающегося дряхления. Приветлив в беседе, уступчив, безотказно отвечает на все вопросы, участливо улыбается врачу, несколько раз прослезился в ходе разговора без достаточного на то основания (С).

Нетрудно вычленить в этом случае явления церебрального атеросклероза, который усиливает свойственные этому человеку личностные особенности: аффективную лабильность, сентиментальность, «идилличность» характера, беспечность и детскость психики. До недавнего времени больной в социальном отношении был вполне благополучен, хотя биологически «стигматизирован» едва ли не с детства.

Суммируя материал, можно заметить, что и в «собственно аффективной» патологии типичные эндоформные периодические и циркулярные колебания встречались относительно редко, а основную массу выявленных расстройств и здесь составили протрагированные субдепрессии, часто плохо разграничиваемые, стертые, проявляющиеся более всего в снижении «жизненного тонуса» и настроения; они наблюдались как сами по себе, per se, так и в составе более сложных психопатологических образований. Наиболее частой «личностной почвой» таких расстройств являлась малодифференцированная, «размытая» психопатическая конституция с ригидностью психики, часто – редуцированными ананкастными чертами, представляющая собой «взвесь» шизотимии и эпилептотимии в разных «шизоэпилептотимных» пропорциях. Периодические депрессии отличались от протрагированных возрастных субдепрессий возникновением в самые разные периоды жизни, периодичностью и относительной краткостью приступов, суточными и сезонными колебаниями состояния выходом в легкую гипоманию или гипертимию характера, фоновым ювенилизмом психики с чертами аффективной лабильности. Оба состояния различаются как клиникой приступа, так и преморбидными особенностями больных и (как это и предполагается многими авторами), по всей видимости, генетически разнородны.

Экзогении

Из экзогенно обусловленных психических расстройств в выборке преобладали две нозологии, далеко опережавшие по частоте прочие: сосудистые (церебральный атеросклероз и гипертоническая болезнь) и алкоголизм (обе примерно по 10 % числа членов выборки). Далее шли две менее частые, но тоже значительные (около 3 %) группы заболеваний: травматическая энцефалопатия (как следствие двух войн) и то, что некоторые авторы называют «психосоматическим ревматизмом». Такой «ревматизм» терапевтически плохо или вовсе не диагностируем и не доказуем и следует говорить скорее о неком «психическом

параревматизме» – с достаточно характерным, несмотря на полиморфизм проявлений, психопатоподобным симптомокомплексом. (Не ясно даже, следует ли относить его к экзо- или эндогениям, поскольку он, с совокупностью своих физических и психических расстройств, несомненно наследуем.)

Церебральный атеросклероз. Гипертоническая болезнь

1. Начальные стадии с преобладанием неврозоподобных расстройств

Мы уже приводили случаи, где сосудистое страдание головного мозга в начальных стадиях процесса выявляло или усиливало конституциональную патологию и выступало «в ее обличий». Подобные отношения могут, как известно, существовать и при всяком другом экзогенном страдании, когда оно поначалу как бы заимствует у эндогенной почвы свое внешнее проявление, а собственно энцефалопатические расстройства выходят на первый план лишь по мере прогрессирования болезни и ведут тогда к формированию психоорганического синдрома и слабоумия. Собственные начальные проявления сосудистой энцефалопатии сводились к неврозоподобному синдрому, лишенному конституциональной, эндогенно-преформированной специфики и окраски.

Всего в группу начальных расстройств отнесено 34 человека: 23 – с церебральным атеросклерозом и 11 – с гипертонической болезнью. У лиц с церебральным атеросклерозом преобладала астеническая и неврастеноподобная симптоматика. Эти лица имели средний возраст 62 года; они жаловались на повышенную утомляемость, головные боли, расстройства сна, забывчивость, рассеянность, неспособность заниматься работой в прежнем объеме и качестве. У женщин чаще, чем у мужчин, и сверх того наблюдались эмоциональные расстройства: изменчивость настроения, мнительность в отношении здоровья, житейская тревожливость, плаксивость и т. д. У лиц с гипертонической болезнью (средний возраст 53,6 лет) ведущим в клинической картине был синдром раздражительной слабости и возбудимости – тоже эмоциональная лабильность, но с преобладанием стенических, а не астенических аффектов.

Приведем примеры преимущественно неврозоподобной симптоматики при обоих заболеваниях.

Набл.156. Женщина 67 лет. Родители – евреи, крестьяне из Белоруссии. Отец уравновешенный, спокойный; хотя не учился в школе, много читал, был «культурным человеком». Мать беспокойная, тревожная, «вечно боялась неприятностей», но домовитая, хорошая хозяйка. Все шестеро детей получили высшее образование.

Характеризует себя с детства упрямой и «самостоятельной», «со своим мнением». В первых двух классах плохо успевала, так как учила не то, что задавали, а что было интересно, но затем стала учиться лучше – будто бы после того, как ее за что-то похвалили. В старших классах и затем – мединституте училась по всем предметам ровно, старательно. Любила театр, «хорошие» компании; в своем кругу была достаточно общительна; большая любительница чтения. Занималась и «общественной работой», но никогда первых ролей здесь не играла, была «надежным исполнителем». Вышла замуж в 22 года – муж тоже врач, физиотерапевт (описан в набл.47). Относилась к нему как к «хорошему товарищу», разлуками с ним в первые годы не тяготилась, потребность в интимных отношениях была минимальной: была, с ее слов, «целиком занята работой». После войны – ассистент в мединституте, кандидат наук. Муж характеризует ее «несколько поверхностной» в научной работе: она старательно выполняла необходимое, но «глубоко в суть предмета не вникала», зато была «неплохим врачом-практиком». Была общительна, любила поболтать с сотрудниками. В работе была энергична, весь «день на ногах», «всегда в тонусе». Ревниво следила за своим положением в институте, очень болезненно перенесла несправедливое увольнение.

Стала хуже себя чувствовать с 47 лет, когда появились сердечные боли и вынуждена

была лечь в стационар. С 55 лет климакс. В последние годы начала уставать, ухудшилась память: читая, может на время забыть, о чем читала, плохо запоминает фамилии. Стала больше и громче говорить, возмущаться по незначительным поводам, повторяться в высказываниях. Сама отмечает, что стала придирчивой: «начало попадать» работающей с ней, также пожилой, медсестре, которая раздражала ее медлительностью. Недавно из поликлиники была направлена в стационар, но вынуждена была оттуда уйти, так как постоянно волновалась из-за состояния больных, боялась, что персонал не выполнит ее назначений, а к ней потом «придерутся», как это было с другим врачом, пример которого стоял перед глазами. Дома стала капризнее, «труднее», хотя остается благожелательна, общительна, гостеприимна. Стала больше волноваться из-за событий политической жизни, близко к сердцу принимает то, что случается у родных и знакомых, шумна и пристрастна в оценках, но звучат они неубедительно, декларативно, поверхностно.

Пикнического склада, суетливо-подвижная, многословная, заметно повторяется, быстро переходит на общие темы, высказывает довольно банальные суждения, держится с сухостью и одновременно – аффектацией в общении. Сведения о себе дает лаконичные, точные, излишне скупые, часто ограничивается анкетными данными, не расположена говорить больше, хотя впечатления малой доступности не производит: сообщает о себе то, что «считает нужным» (С).

В этом случае, как и в группе тимопатий, в преморбиде отчетливы черты ригидности, а в статусе – депрессивные расстройства; последние не заполняют целиком клинической картины, но включаются в виде эпизодов и «вкраплений» в растянутое во времени, медленно прогрессирующее сосудистое и, возможно, начинающееся сенильное страдание. Впрочем, нынешнее состояние можно рассматривать и как смежное, пограничное с преимущественно тимопатическим: все зависит от того, под каким углом зрения его рассматривать. (Примечательно, что впечатление начальных атрофических расстройств, появления элементов «салонной светскости», и здесь тоже как бы вытекает из заострения предсуществовавших черт аффектации и ригидности, конституционально присущих этой женщине.)

В случаях гипертонической болезни, особенно в ее начальных стадиях, имеется своего рода «соматопсихиатрическая двусмысленность», порождаемая двойственной природой самого заболевания, которое с равным основанием можно считать как телесным, так и психическим. В своей ранней фазе, до выявления стойких органных изменений, оно носит «функциональный» характер и закономерно сопровождается нейропсихическими расстройствами с раздражительной слабостью, являющейся первым вестником этого изначально мозгового страдания:

Набл. 157. Мужчина 62 лет. Из крестьян Тамбовской области. Отец «спокойный, работящий», мать «шумливая, беспокойная», «все было не по ней», «кричала на отца, а тот помалкивал». Себя характеризует добродушным: оставался спокоен, когда другие нервничали, не любил торопиться. До 22 лет крестьянствовал, затем, в голодный год, уехал в Москву, работал здесь возчиком. В 30 лет пошел учиться на шофера. Женился в 25 лет, имеет двух здоровых детей от первого брака; после смерти жены женился во второй раз. В войну служил в химических войсках, в военных действиях не участвовал. До недавнего времени чувствовал себя здоровым – болел только радикулитом с 42 лет и гастритом с 50. 3 года назад была ушита язва 12-перстной кишки. Тогда же перенес первый сердечный приступ: боли за грудиной, одышка, перебои. С тех пор отмечается повышенное давление крови. Стал раздражителен, вспыльчив, может накричать из-за пустяков, о чем потом жалеет; хуже спит, утомляется, при напряжении появляется одышка. Два года назад вышел на пенсию – стал после этого несколько спокойнее, но при неприятностях возбуждается, как прежде, настроение остается неустойчивым.

Выглядит живым, активным – с легким блеском глаз, слегка неровными порывистыми движениями; настроение в ходе беседы изменчиво. Держится благожелательно, вполне доступен. Злоупотребление алкоголем им и женой отрицается (С).

Случай, где заметную роль играет наличие хронического психотравмирующего фактора, который «дает пищу» пессимистическому видению будущего:

Набл. 158. Женщина 54 лет. Из крестьян Рязанской области. Отец физически здоровый, работящий, спокойный. Мать тоже трудолюбивая, приветливая, «говорунья» в пожилом возрасте. Сын описан выше в разделе «Олигофрения степени имбецильности» (набл.108).

Кончила 3 класса, училась плохо. В 14 лет, в связи с безработицей и голодом, выехала с подругой из села, работала на торфоразработках. Характеризуется общительной, легко знакомилась с людьми, была веселой, нетребовательной, доверчивой. Если ей не возвращали денег, было «неудобно» требовать их назад, но в другой раз денег этому человеку не давала. Настоящий брак – второй: первый муж погиб в войну; с обоими супругами жила «хорошо, спокойно». Очень привязана к детям. В последние 15 лет постоянно удручена состоянием сына-олигофрена, боится за его будущее, пытается приобщить его к практическим навыкам. Не может не думать о нем, надеется на улучшение в его состоянии, хотя и правильно его оценивает.

В последние 2 года стала плохо чувствовать себя физически: постоянные боли и онемения в ногах, из-за которых плохо спит – от них ничто не помогает. Стала «очень нервная», суетливая, раздражительная, обидчивая – может накричать на родных, чего

1~99раньше не было, затем быстро «отходит»: «будто ничего не случилось». Сделалась забывчива, не помнит, зачем пошла на кухню, в магазин, постарела внешне в последнее время. Приветлива, разговорчива, открыто улыбается, но вскоре настроение начинает меняться: прикрикнула на дочь, когда та вмешалась в беседу, начала плакать, когда речь зашла о сыне. Осторожно просит помочь ему, спрашивает о прогнозе его болезни. Скупо жалуется на сильную общую слабость и утомляемость. Выглядит астенизированной, старше своих лет, волосы сплошь седые (С).

Исходный преморбид здесь помечен тимопатическими чертами в виде легкой гипертимии; уровень интеллекта может быть определен как пограничный с дебильностью: с общей непритязательностью, доверчивостью, «примитивностью» интересов, школьными неудачами. В последние годы состояние этой женщины определяется ранним сосудистым страданием головного мозга со становлением психоорганического синдрома: некоторые из лиц с сочетанием конституциональной тимопатии и легкой дебильности, видимо, особенно предрасположены к церебральной сосудистой патологии.

Далее – случай гипертонической болезни с начальными явлениями дисциркуляторной энцефалопатии и хронической дистимией; обусловлена ли последняя сосудистым страданием или возрастной декомпенсацией психопатического склада или же совокупным действием обеих причин, сказать, как всегда в таких случаях, невозможно, да и сам вопрос представляется излишне академичным:

Набл. 159. Мужчина 43 лет. Родители русские, рабочие из Тверской области; оба спокойные, уравновешенные, таковы же два его брата. О себе в детстве говорит, что был как все, «не смирный и не задиристый», любил рыбалку. Кончил 6 классов, работал слесарем, в войну – на оборонном заводе. Сейчас бригадир слесарей. До недавнего времени оставался спокойным, уравновешенным, на работе были «нормальные» отношения с рабочими и начальством, дома – ровный, терпимый, хозяйственный; в свободное время читал, любил ездить за город. Выпивает по воскресеньям.

Год назад начались головные боли, было обнаружено повышенное давление крови (180/140 мм). Стал вспыльчив и несдержан, часто угнетен головными болями, настроение почти постоянно сниженное, недовольное; бросил пить и курить, так как от того и другого чувствует себя хуже.

Полного сложения, гиперстеник. Сдержанный, терпеливый, но невнимательный, порой выглядит угнетенным; медлителен, неповоротлив. Принял врача доверчиво, в причины визита не вникал, скупо жаловался на свое состояние. Просил о помощи, но отнесся довольно безразлично к предложению консультации в клинике, сказал только, что было бы хорошо ею воспользоваться (С).

2. Случаи с психоорганическим синдромом

В эту группу отнесено 24 наблюдения: 17 – с церебральным атеросклерозом и 7 – с гипертонической болезнью. Больные были существенно старше, чем в предыдущей группе: средний возраст – 70 лет при церебральном атеросклерозе и 67 – при гипертонической болезни. В клинической картине на первый план выступали изменения личности по органическому сосудистому типу: с характерной «философической» резиньяцией, беспомощностью, чувством обреченности, близости конца существования, зависимостью от окружающих, нивелировкой личностных черт или, напротив, «утомительным» заострением предсуществовавших психопатических свойств личности. Астения была выражена часто в такой степени, что активность больных резко снижалась и в домашних условиях. Они жаловались на постоянные головные боли, головокружения, пошатывания при ходьбе и т. д… В исходе подвижность больных существенно ограничивалась: они все реже покидали стены своего дома, боялись и избегали выходить на улицу и т. д..

Для иллюстрации – следующие наблюдения.

Набл. 160. Женщина 71 года. Из крестьян Тверской области. О родителях ничего особенного сказать не может. В школе не училась, нянчила дома детей, шила на семью. В молодости «ни о чем не задумывалась», «в голове было детство». До 21 года «не хотела слышать» о молодых людях, «никого близко к себе не подпускала», затем изменилась в этом отношении, начала ходить на танцы. Замужем с 24 лет, в 29 – переехала с мужем *в* Москву, поступила на фабрику прессовщицей, самостоятельно выучилась грамоте, разбиралась в станке. С мужем «жили хорошо», была хозяйственна, любила делать покупки, подарки мужу и детям, о себе же, с ее слов, думала в последнюю очередь. Жила интересами семьи, избегала сплетен, боялась сказать лишнее соседям, но поддерживала необходимые отношения с ними. В войну погиб муж. Долго думала, что не сможет одна воспитать детей, но обеспечила их, работала в две смены. Оставалась добродушна, нетребовательна в отношении себя, старалась внушить себе спокойствие при разного рода неприятностях, повторяла, что все хорошо кончится. Климакс в 43 года, без осложнений.

Начала уставать в 65 лет, ушла с работы и отделилась от детей, так как внуки начали утомлять ее, часто отдыхала. В последние два-три года усилились прежде редкие головные боли – не смотрит из-за них телевизора. Беспокоит постоянный шум в голове, стала недослышивать. Забывает, зачем пошла на кухню, как называются те или иные предметы. Давление крови постоянно около 140/90 мм.

Полная, седая, грузная. Однообразна, говорит монотонно, с философическим пессимизмом: «наши подруги там» (показывает с улыбкой наверх), «старенькая стала, помирать пора» и т. д. Двигается медленно, с одышкой, легко устает (В).

Набл.161. Женщина 72 лет. Из подмосковных крестьян. Отец вспыльчивый, требовательный, педантично любил порядок, был образцовым хозяином. Выпивал – пьяный делался ворчлив, но при этом смягчался. Мать «добрая», «мягкая». Брат вспыльчив.

Сама в детстве спокойная, послушная, «незадумчивая», «нехитрая», веселая. Училась 4 года – дальше не дал отец, оставила школу «со слезами». Работала на дому. Месячные с 17 лет, с того же времени интерес к молодым людям. Замуж вышла в 18. Покорно подчинялась мужу, выполняла все его требования и после того, как он, заболев психически (травматическая эпилепсия, набл.179), становился все более тяжел в быту, ревнив и деспотичен. В течение жизни почти не работала, боялась лишний раз выйти на улицу из-за сцен, устраиваемых супругом. Было трое детей, один умер от дизентерии. В 40 лет перенесла однократную суставную атаку (болели и опухали мелкие суставы конечностей).

С 53 лет находят артериальную гипертонию и глаукому. На фоне относительно низких цифр давления наблюдались кризовые состояния с приступами головных болей, рвотами, светобоязнью, непереносимостью шума, пошатываниями, внезапными изменениями восприятия окружающих: казалось, что увеличиваются их носы и уши. Стала с этого же

времени повышенно чувствительной, слезливой («чуть что, плачу – и от хорошего и от плохого»). Настроение падает при перемене погоды и колебаниях барометрического давления: «хочется плакать», «тоскливо». На протяжении последних двух-трех лет состояние ухудшилось еще более: «не могу ничего с собой поделать», «все уже не так» – хотя и старается вести хозяйство как прежде. Стала забывчива, иногда вспоминает, что хотела сделать, лишь на следующий день; с полгода как «сомневается в себе»: закрыла ли дверь, погасила ли газ.

Полная, пикнического сложения. Приветливая, но держится несколько приниженно, с детскостью и беспомощностью, говорит с оглядкой на мужа (слабоумного), боится его и, по-видимому, питает к нему давнюю антипатию. Настроение во время разговора то немотивированно бодрое, приподнятое, то плаксивое (В).

3. Психозы и слабоумие

Случаи с депрессиями, в которых церебральный атеросклероз был одной из причин развития психоза, выявлял скрытое до того эндогенное предрасположение, описаны выше (набл.120, 121, 125), с параноидом – в набл.18. С той или иной степенью обоснованности их можно отнести как к эндогенной, так и экзогенной группе. Поскольку мы в этой работе невольно и «интуитивно» отдавали предпочтение эндогенному фактору, то здесь помещены лишь те случаи, где конституция если и играла роль в возникновении заболевания, то к моменту обследования отошла на задний план и заболевание стало «явно органическим», т. е. сопровождалось становлением деменции.

Набл.162. Женщина 69 лет. Из крестьян Рязанской области. Наследственность без особенностей: все были спокойными, семейственными, работящими. Себя в детстве и молодости характеризует «не легкомысленной, но и не смирной»; любила петь и танцевать, была запевалой. В школе училась неполный год, работала в колхозе, до недавнего времени жила в деревне. Была трудолюбива, не могла сидеть без дела, «искала и находила себе работу», умела ладить с людьми, охотно болтала с соседями. В войну потеряла мужа, одна воспитала троих детей. Сильно пережила утрату – с тех пор начала жаловаться на сердцебиения, сопровождавшиеся неприятным общим самочувствием; одно время находили порок сердца. В последние годы стала значительно слабее и медлительнее прежнего, утратила былую активность, стала меньше заниматься хозяйством. Сделалась ворчлива, придирчива, отчитывает шалящих детей на улице. Беспокоят боли в сердце, находят стенокардию.

3 месяца назад потеряла дочь, умершую от ревматизма сердца. Остается с тех пор подавлена, угнетена потерей, боится, что останется в полном одиночестве. И прежде относилась с неоправданным недоверием к зятю – теперь же уверена, что он не хочет «держать ее в доме», не поддается в связи с этим никаким разуверениям. Перестала говорить с ним, видит какие-то подвохи и признаки плохого к ней отношения, перестала разговаривать и с соседями тоже, потому что те могут передать зятю ее слова; постоянно мрачная, неприветливая, весь день молчит, сидит насупившись.

В беседе дает лаконичные ответы, долго отказывается от разговора, старается не смотреть в сторону зятя, боится его, уходит в свою комнату и неслышно сидит там, «чтобы не мешать». Хмурая, обиженная, беспомощная (В).

В данном случае депрессия осложнена идеями отношения, имеющими сенильную ущербную окраску: формируется сенильная паранойя. Состояние ухудшилось после тяжелой психотравмы, но этому предшествовало длительное становление психоорганического синдрома – как следствие сосудистого и, возможно, атрофического заболевания, которое и является, по всей очевидности, движущей силой заболевания.

Случай с галлюцинаторными расстройствами – тоже, очевидно, сенильно-сосудистого генеза.

Набл.163. Женщина 69 лет. Из крестьян Смоленской области. Неграмотна. С 1939 г.

живет в Москве, в общежитии, была разнорабочей. Замуж не выходила. В течение 8 лет на пенсии. О преморбидных особенностях – ничего достоверного; соседи называют ее «простой». Живут с ней 4 года. Прежде отношения в квартире были дружескими, вела себя незаметно, непритязательно, миролюбиво и уступчиво. Уже тогда была физически слаба, медлительна, забывчива, выглядела старше своих лет; по нескольку раз приходила на кухню за одним и тем же; жаловалась на головные боли, головокружения. 3 года назад без видимой причины возбудилась, плакала, показывала в ванной на плитку, говорила, что соседи нарисовали ее убитой, всю ночь «кричала на крик», не слушала разуверений соседей, боялась их. Обратилась на следующий день в милицию, приходил участковый «смотреть кафель». С того времени избегает соседей, не выходит из своей комнаты; когда те дома, запирается; при случайных встречах с ними держится враждебно, отмалчивается.

Выглядит дряхлой, о своем положении и отношениях с соседями говорит беспомощно, со старческой философичностью: «бойся не бойся, а куда денешься», «молча, а едят волча». Слышит, как соседи «обзывают» ее через стенку, утверждает, что они действительно нарисовали ее убитой. Жалуется на боли в ногах, сведение ног, головные боли, пошатывания при ходьбе, боли в сердце (А).

Далее – случай медленно нарастающего простого сенильно-сосудистого слабоумия без «продуктивной» симптоматики.

Набл.164. Мужчина 71 года. Латыш из Риги. В семье все сдержанные, невозмутимые, семейственные; сестра (ей 61 год) больна тяжело протекающей гипертонией.

В Москве с 12 лет. Кончил 6 классов, учился средне, долго не мог привыкнуть к преподаванию на русском языке. Говорит, что был как все, но «не драчун». Работал с 18 лет: слесарем, штамповщиком. Жил до 50 лет в семье отца, отдавая ему зарплату. Был немногословен, невозмутим. В свободное время читал, играл на мандолине в самодеятельном оркестре, встречался с двумя-тремя друзьями. В 37 лет поступил на вечерний факультет университета, через 2 года оставил его, так как «совсем не стало времени». Женился в 50. В семейной жизни был молчалив: «ни о чем не расспросит и не расскажет, если не попросишь», но замкнутым его нельзя было назвать: «секретов у него не было – надо было спросить только». Был заботлив и уступчив в отношениях с женой и дочкой, старался больше заработать.

Сравнительно хорошо себя чувствовал до 69 лет, «ничем не болел». Затем, после перенесенного гриппа с легочным осложнением, сразу резко ослабел: «тяжело стало и сумку таскать». Сделался медлителен, забывчив, не помнил куда что положил. Расстроился сон, начал жаловаться на тяжесть и боли в голове, недослышивать. Перестал в последнее время что-либо делать по дому, – может только выйти во двор и посидеть у подъезда. Полностью опекается женой. Внешне за два года сильно состарился.

Благодушный, невнимательный; бодро продолжает говорить на прежнюю тему, хотя разговор успел перемениться; не смущается, когда его поправляют. Малоподвижен, пассивен, бездеятелен, сидит в одной позе. При расспросах выявляется большая степень слабоумия, чем кажется поначалу: плохо ориентируется в событиях последних десятилетий, лучше вспоминает годы молодости. Так, сказал, что пошел учиться 10 лет назад; не понимает трудностей семьи: он и жена на пенсии, дочь не сможет учиться в дневном институте, как всегда этого хотели, – никак не реагирует на замечания жены на эту тему, воспринимает данный факт наравне с прочими, пассивно с ним соглашается (А).

Здесь же приведем случай старческого слабоумия. Особенностью его является резкое и необратимое ухудшение состояния после психотравмы.

Набл. 165. Женщина 79 лет. Известно, что прожила жизнь в Москве, не работала, воспитывала семерых детей, была физически здорова, редко болела, любила общество, старалась больше времени быть на людях. Заболела 8 лет назад, в возрасте 71 года – до этого родные психических расстройств не замечали. После того как осудили ее дочь, перестала понимать где находится, «шла куда-то», не узнавала родных, ударила сына, говорила, что едет в Москву. 4 месяца была в психиатрической больнице с диагнозом «старческий психоз».

В последующем была на попечении родных. То различала их, то нет, была пассивна, ко всему безразлична. Сейчас перестала узнавать близких окончательно, неряшлива, оправляется под себя, резко ослабела, с трудом передвигается. Сидит весь день в одном положении, «вяжет узелки», временами «собирается куда-то». Помнит лишь то, что происходило в детстве.

Не узнает себя в зеркале. Совершенно безразлична к окружающему, сидит с «терпеливым» видом, лицо бессмысленное (А).

Случаи, где церебральный атеросклероз играл существенную роль в ге-незе страдания, описаны также в наблюдениях: 16, 179, 180 (группа тяжести А), набл. 67, 73, 120, 125 (В) и 22, 72, 127, 132, 135, 148, 203 (С).

Алкоголизм

Всего в эту группу отнесено 45 человек, которые по степени тяжести страдания разделены на 3 категории:

1) привычное пьянство с регулярным употреблением алкоголя и начальными признаками характерной психопатизации – 27 человек (21 мужчина и 6 женщин);

2) систематическое пьянство с явными клиническими симптомами запойного алкоголизма, выраженной психопатизацией и началом социального руинирования (распад семьи, профессиональное снижение) – 14 (9 мужчин и 5 женщин);

3) алкогольная деградация с психотическими эпизодами в настоящем или недавнем прошлом, с полным выпадением из прежнего социума: утратой профессии, случайным характером заработков, новым браком с партнером по выпивке, нахлебничеством. Таких больных было 4: 3 мужчин и 1 женщина.

Случаи эпизодического или даже регулярного употребления вина и водки без сколько-нибудь заметных симптомов алкогольной психопатизации нами не учитывались.

1. Привычное пьянство с начальными явлениями психопатизации

Эти лица, обычно употребляющие алкоголь после работы и в первую половину дня – в выходные, обнаруживали связанные, по всей очевидности, с пьянством явления возбудимости и раздражительной слабости, дисфоричность, обостренное «чувство справедливости» (носящее сугубо эгоцентрический, «своекорыстный» характер), застревание на идеях и представлениях этого рода. Это наиболее частый мужской эпилептоидный вариант психопатизации. Имели место явления вегетативной «ирритации»: блеск глаз, легкая суетливость движений, беспокойство взгляда, но заметного тремора еще не было и названные явления делались заметны лишь после учащения пьянства и уменьшались или проходили при сколько-нибудь длительном воздержании. Приведем типовой случай такого рода.

Набл.166. Мужчина 43 лет, мордвин. Отец – крестьянин, спокойный, семейственный, хозяйственный; мать «строже, чем отец»; оба были физически здоровые, общительные. Кончил 5 классов, в 17 лет взят в армию. Всю войну был на востоке страны, получил здесь специальность шофера, после демобилизации приехал к родне в Москву. С 26 лет женат. Жена отнесена к эпилептоидам (набл.71), тоже выпивает Характеризуется исходно веселым, уравновешенным, семейственным человеком. Очень любит дочь, «балует» ее, уделяет ей много времени. Выпивает в течение уже нескольких лет ежедневно по 100–150 г водки к обеду: «для аппетита» в выходные дни и «от усталости» – после работы в будни. В последние годы раздражителен, озлоблен в отношении соседей, особенно – студента-медика, который ведет себя «высокомерно», говорит, что таких «стрелять надо».

Внешне на первый взгляд добродушен, приветлив, но в разговоре быстро выявляется скрытая дисфоричность: ожесточается при упоминании соседей, «косо» смотрит на жену,

когда та, «назло» ему, говорит, что дочь плохо успевает по русскому языку оттого, что слышит дома «мордовский акцент» (С).

(Заметим это «стрелять надо», которое является своеобразным «паролем» или «лозунгом» этих лиц или, во всяком случае, часто ими употребляется.)

У трех мужчин этой группы в состоянии опьянения отмечались грубые психопатические черты: они делались придирчивы, драчливы, злобны. Лица эти были изначально несовершенны и могли быть отнесены к эпилептоидам или шизоэпилептоидам.

Набл.167. Мужчина 49 лет. Из крестьян Брянской области. Об отце ничего достоверного Мать замкнутая, молчаливая, часто «как будто не слышит» обращенной к ней речи, никогда не вникала в дела и жизнь сына Сын – олигофрен (см набл 105)

Кончил 7 классов, работал год в колхозе, затем попал на фронт, служил в артиллерии, был дважды ранен; контузий, с его слов, не было. После армии в течение многих лет работал шофером, затем, чтобы раньше выйти на пенсию, перешел на химический завод слесарем. Жена знает его с возраста 27 лет, характеризует его тяжелым, замкнутым, он не имеет товарищей, неразговорчив, но любит назидать, «читать нотации». Вид у него такой, что подруги жены спрашивали ее, не работает ли он следователем. В свободное время прежде всего берется за газеты. Высокого мнения о себе, но одновременно труслив, боится дискредитации, долгое время скрывал пьянство от сотрудников.

Выпивать систематически начал, когда перешел на работу слесарем, 6 лет назад– в последние 4 года пьет особенно много. Сразу же стал «невыносим» в состояниях опьянения: избивал жену, грозил ее «уничтожить». Пьяный начинает без повода «придираться», делается все более злобен: возбуждение идет «по нарастающей». Жена стала уходить с ребенком из дома, развелась с ним полгода назад, хочет разъехаться После эксцессов прежде «для проформы» просил прощения, теперь отмалчивается Перестал драться пьяный, боится жену: после того, как та обратилась в милицию и его оштрафовали и пригрозили привлечь в следующий раз к судебной ответственности – но озлоблен теперь больше прежнего.

Мрачный, тяжеловесный, говорит как бы свысока, поучающе, будто все время чем-то недоволен. Ставит под сомнение форму вопросов врача, отвечает с вызовом в голосе. Себя выставляет в выгодном свете, отрицает свое пьянство. О жене и дочери говорит со скрытым озлоблением не может простить им того, что они подали заявление в милицию (С).

Это наблюдение могло быть на равных основаниях изложено в соответствующем разделе психопатий: в случаях этого рода алкоголь «развязывает», обнажает, усиливает имеющуюся и без него личностную патологию.

У 3 преморбидно гипертимных мужчин явления личностного снижения обнаруживались в нарастании беспечности, безразличия к семье, в которой они продолжали жить, к ее достатку, к своему положению в ней и в обществе. Главой в семье неизменно становилась жена – они же в той или иной мере опускались до положения опекаемого ею «мужчины-подростка», покорно выполняющего домашнюю работу, но постоянно «норовящего сбежать на улицу».

У гипертимных женщин длительная алкоголизация приводила к повышенной эмоциональной лабильности, возбудимости и истощаемости, постоянной взбудораженности, легким переходам от беспечности и характерной бравады к плохо сдерживаемой дисфории:

Набл.168. Женщина 56 лет. Из крестьян Ивановской области. Мать спокойная, трудолюбивая, умерла в 76 лет от случайной болезни. Отец «простой», «хороший для людей» – часто себе в ущерб: «себе не оставит, другим отдаст»; умер от инфаркта миокарда в 61 год.

Кончила 2 класса, ушла из школы по семейным обстоятельствам, жила в нянях, прислугах. В 16 лет вышла замуж. Помнит себя в молодости жизнерадостной: «будто богатой была», довольствовалась малым, но детей старалась накормить и одеть «не хуже, чем у других». Работала кондукторшей, буфетчицей наравне с получившими образование, затем самостоятельно выучилась вполне грамотно писать и читать. Неприятности быстро забывала, но после смерти сына (он умер в 3 года от кровоизлияния в мозг, «испугавшись» в

кино) месяц «ходила как умалишенная», «сама не своя», была стационирована в заводскую лечебницу, где это состояние прошло лишь постепенно Первого сына «помнит до сих пор»: потеряла после него еще двоих: одного от кори, другой родился недоношенным – но эти две смерти перенесла много спокойнее. С военных лет стала более возбудимой, беспокойной, «потрепала себе в войну нервы» Характеризуется дочерью как суетливая, хлопотливая, «чересчур гостеприимная» «не может усидеть на месте, когда в доме гости».

Когда начала злоупотреблять алкоголем, установить трудно. Первый муж был пьяница, развелась *с* ним по обоюдному согласию. Второй муж выпивает с фронта, в последние годы – регулярно. Она теперь тоже, по-видимому, ежедневно пьет с ее слов, чтоб «меньше досталось» мужу. Беспокоят слабость, утомляемость, раздражительность. Появились эти расстройства лет 10 назад, с климаксом, усилились же год назад – после того, как ушибла голову: в поезде на нее с верхней полки упал чемодан, вынуждена была из-за головных болей и тошноты вернуться с полпути в Москву. С тех пор, что бы ни произошло: переутомится или не поест вовремя – болит голова. «Лечится» вином от усталости и плохого самочувствия, хотя на следующий день чувствует себя еще хуже. Работает с мужем в лавке утильсырья, где он заведующий.

Седая, худая, астенизированная. Во время вечернего визита «навеселе». Говорит скороговоркой, о себе – вполне откровенно, если не считать сроков и степени алкоголизации. Отношение ко всему нарочито беспечное: «много ли русскому человеку надо?» – но тут же жалуется на здоровье, сильную слабость, утомляемость. Обнаруживает, несмотря на внешнее благодушие, скрытое недовольство и легко возникающее чувство горечи и озлобления, сосредоточена на «национальном вопросе». Бестактно, в присутствии мужа, выразила сомнение в его национальности: он «только числится» русским, не будучи им. Осведомилась и о национальности обследователя – уверена, что русских людей эксплуатируют все прочие (С).

Неврозо- и психопатоподобный синдром в данном случае – сложного генеза: алкоголизм, церебральный атеросклероз, последствия черепномозговой травмы, но антитеза бравады и дисфории – характерно алкогольная. Этот случай по степени совокупной тяжести расстройств близок к следующей группе.

2. Алкоголизм с выраженным психопатоподобным синдромом и снижением личности

Лица этой группы (их 14) были фактически частично нетрудоспособны вследствие постоянного и невоздержного употребления алкоголя. Шесть человек снизились профессионально, еще шестеро были на грани такого срыва и удерживались на производстве лишь благодаря попустительству начальства – но и в таких случаях имелись повторные предупреждения о возможности увольнения или частые смены места работы; лишь двое в этой группе – пенсионного возраста. (Краткий возрастной, социальный и пр. разбор алкогольной группы – в заключительном разделе книги.)

Четверо были отнесены к исходно здоровым, 10 – преморбидно-отягощенным: 7 – к случаям вялотекущей или латентной шизофрении и «осложненной шизоидии» (см. набл.9, 13, 26, 34, 38, 48, 49), остальные – к эпилептоидам (набл.75) и шизоэпилептоидам (см. ниже). В одном случае алкоголизм развивался параллельно травматической болезни головного мозга с явлениями психопатизации сложного генеза (набл.178 в следующем разделе).

Один из немногих случаев, когда больной до того, как пристрастился к алкоголю, не отличался, по мнению родителей, сколько-нибудь заметными личностными особенностями:

Набл, 169. Мужчина 30 лет. Наследственность без особенностей. В детстве и юности общительный, спокойный, приветливый. Хорошо учился, кончил 10 классов. В армии освоил профессию шофера, по окончании службы работал водителем. С того же времени (7 лет назад) начал выпивать. Поступил *в* педагогический институт, но вскоре оставил его, так как «нужны были деньги». Все более привыкал к вину. В последние годы неуклонно меняется в

характере: становится грубым, черствым, требует денег на выпивку, считает, что родители у него в долгу, приводит в однокомнатную квартиру, где живет с ними, пьяных женщин, скандалит, бывает в последнее время злобен. Был дважды женат, разводился из-за пьянства. Не раз увольняли с работы, терял в пьяном состоянии водительские права Недавно вновь был рассчитан, решил после этого ехать по набору на Север.

От беседы с врачом отказался. Был предельно краток в ответах. Мрачен, не разговаривает с родителями, грубит им: в ссоре с ними после очередного эксцесса, считает, что они «суются не в свое дело», он «не алкоголик» (С)

Еще случай, где не сообщали о преморбидных патологических особенностях психики (что не означает, что их на самом деле не было):

Набл. 170. Мужчина 42 лет. Отец был шофер, «спокойный». Мать довольно замкнутая, тихая, в возрасте 52–53 лет после кровоизлияния в мозг (?) заболела «тихим помешательством» и через 2 года скончалась; других сведений нет. Два брата: 30 и 40 лет – работают, семейные, без ярких особенностей характера.

Кончил *6* классов, работал до армии в типографии. В войну на фронте не был, поскольку перенес в детстве гнойный плеврит с деформацией грудной клетки, служил в тылу писарем. Смолоду был уравновешенным, разумным, сейчас, со слов соседки, давно его знающей, – «совсем другой человек», вино его «сгубило». Пьет в течение 15 лет ежедневно, вначале – с женой (она год как умерла), теперь один или в компании алкоголиков. Пьяный «бушует», злобится, «заочно» ссорится с начальством, говорит с нарастающей громкостью, требует к себе внимания, но подчиняется решительно управляющейся с ним соседке. Трезвый – тихий, скрытный, незаметный, но может накричать, если заденут. С утра обычно не пьет, но делает это, приходя на работу, из-за чего там крупные неприятности: недавно приходил начальник цеха и просил соседку «последить» за ним, пока его не уволили и он «не пропал окончательно».

Видел его дважды. Пьяный был недоволен приходом врача, вздорил, раздражался из-за формы вопросов, сказал о себе только, что у него сдают нервы, – разговор пришлось в этот день оставить. На следующий день извинялся за поведение накануне, но был формален, малодоступен, не проявлял интереса к обследованию. Со слов соседки, когда трезв, думает только о выпивке (С).

Возможно, алкоголизм создает здесь собственный абстинентный шизоидный (псевдошизоидный?) фасад: с особого рода дисфорической «пасмурностью» и безразличием ко всему, что не связано с выпивкой, но, учитывая семейную отягощенность и трудности «дифференциальной» диагностики во всех подобных случаях, нельзя исключить и наличия предсуществовавшей шизоидной почвы страдания.

Случаи алкоголизма II группы, развивающиеся на фоне явной психопатии.

Набл.171. Женщина 33 лет. Из Астрахани. Отец – узбек, его не помнит Мать – русская: с неустойчивым настроением, «то грустная, то веселая». Оба рабочие. Брат «безразличен ко всему», флегматик.

Себя характеризует с детства спокойной, невозмутимой, замкнутой; не имела близких подруг, много читала. После 7 классов начала работать на подмосковном заводе, кончила вечернюю школу, поступила в институт (филиал при заводе). Кончила 2 курса, училась хорошо, легко давалась математика. Оставила институт после замужества: перестала увлекать учеба, и муж на этом настаивал. Дальнейшая история не вполне ясна. Известно, что перешла работать к мужу в торговлю и в последние годы постоянно с ним пьянствует. Говорит, что лет с 25 стала ко всему безразлична – настроение скучное, раздражает шум, телевизор, старается быть одна, «ни с кем не дружу». Соседи, живущие с ней 3 года, говорят, что, трезвая, она неприветлива и неразговорчива; пьяная же – скандалит, возбуждается, «придирается» к соседям: недавно потребовала, например, чтобы те незамедлительно освободили общий шкаф, и вломилась с этой претензией к ним в комнату; в другой раз предметом ссоры был запах от их готовки, который раздражал ее. Пьяные дерутся с мужем, она вызывает милицию, но может оскорбить затем пришедшего участкового. Год назад

приняла участие в какой-то уличной потасовке, после чего была осуждена на год – недавно вернулась из заключения.

Мрачновата, лицо малоподвижное, медлительна, флегматична на вид; не похожа внешне на «алкоголичку»: имеется лишь легкий блеск глаз. Жалуется на скуку, пониженное настроение, чувство, что с ней что-то произошло, что она изменилась в характере. Пьянство скрывает (С).

Алкоголизм здесь носит, по-видимому, симптоматический характер и является следствием затянувшейся как бы «скучной», «пустой», но чреватой неожиданной агрессией дистимической субдепрессии с чувством собственной измененности. Социальное падение, переход от статуса успешно справляющейся с учебой студентки к пьянствующей «хулиганке», как это бывает в подобных случаях, совершились особенно, катастрофически, быстро.

У этой больной исходная психопатологическая основа характера вполне ощутима и рельефна. В следующем же случае собственные симптомы алкоголизма зашли настолько далеко, что заслонили собой в личности все прочее.

Набл.172. Мужчина 34 лет. Отец психически болен: в 30 лет стал испытывать страхи, говорил, что кто-то сидит под кроватью; был в это время очень «рассеян» и «говорил невпопад»; такие же состояния повторялись еще дважды. Матери 54 года, она характеризуется «злой», раздражительной, «вспыльчивой до беспамятства»: бывает в гневе «сумасшедшей», ее «всю трясет» и т. д. (описана в набл.72, отнесена к эпилептоидным психопатам).

Всегда был с «трудным» характером, очень неуравновешен, требовал, чтобы «все было по нему», «никогда не был спокойным». Учился средне, «всем интересовался и ничего не доводил до конца». Было много друзей и приятелей, дома же отличался «принципиальной», почти нарочитой скрытностью и замкнутостью – мать «никогда не знала, о чем он думает». Работал шофером, затем слесарем. В 22 года женился, «с той поры пьет». В последние годы «вконец опустился»: пропускает работу, его отовсюду увольняют, пропивает домашние вещи. Недавно, пока жена была в доме отдыха, унес из дома всю ее одежду, кроме пальто, но недавно пропил и его тоже. После запоев видит, как кто-то «лезет в окно». «Из друзей остались одни алкоголики». Стал в последние годы резко раздражителен, «грубиян». Когда трезв, то мрачен, молчит или «огрызается» в ответ на выговоры жены. Сына любит и, когда не пьет, проводит с ним много времени, но немногословен и с ним тоже. Любит «приодеться» и обставить комнату: никогда не пропивает предметов домашнего обихода, но вещи жены выносит особенно часто, как если бы мстит ей за что-то. Себя алкоголиком не считает, утверждает, что всегда «может бросить», к врачам идти отказывается. Много лет кашляет, но не обследуется и в связи с этим тоже.

Заставал его дома дважды: в первый раз – в тяжелом похмелье после запоя Был с опухшим лицом, мрачный: только что пропил пальто жены и грубо скандалил с ней и с матерью, кричал так, что во дворе было слышно. С врачом был формален, отделывался ничего не значащими фразами, раздражался, когда тот настаивал на продолжении разговора. Спустя две недели – тихий, незаметный (не пил это время), неразговорчивый: со «смиренной», «одноликой» мимикой и «дежурной» улыбкой. Движения замедленные, «осторожные», глядит отчужденно, отстраненно, пасмурно. К беседе отнесся и на этот раз без всякого интереса (В).

Собственное действие алкоголя здесь достигло степени, когда возникают абортивные делириозные эпизоды, – из него же проистекают, по-видимому, злобность и взрывчатость больного, особенно заметные после запоев. Шизоэпилептоидная (латентно-шизофреническая?) основа страдания в данном случае может лишь угадываться по некоторым особенностям психического статуса: агрессии и «мести» в отношении к жене (скрывающих невыявленные идеи ревности?), в изначальном отсутствии столь характерного для всех «обычных» пьяниц раскаяния (и, возможно, в его стоящей особняком любви «приодеться» и «принарядить квартиру», напоминающей изолированную заботу о своем

внешнем виде части лиц, страдающих вялотекущей шизофренией: у них это стремление остается своего рода «островком спасения», эстетическим маяком и символом среди разлада и распада их существования).

3. Алкогольная деградация

Таких случаев – четыре, они ничем не отличаются от общеизвестных: дальнейшее прогрессирование пьянства, как известно, нивелирует, стирает исходные различия пьющих и делает их всех похожими друг на друга «алкоголиками».

Случай с недавно перенесенным алкогольным делирием.

Набл.173. Женщина 45 лет. Наследственность без выявленных особенностей. Родители – русские, москвичи, рабочие. Кончила 8 классов, с 17 лет работает: вначале на заводе, в последние годы в торговле. Мать характеризует ее в детстве и юности спокойной. Злоупотребляет алкоголем по меньшей мере 10–12 лет; вначале пыталась утаивать это, но в последние годы пьет в открытую. Вымогает у матери деньги, почти ежедневно напивается допьяна; о сыне, рожденном вне брака, не заботится, сошлась с другим алкоголиком, большую часть времени проводит у него, домой приходит только за деньгами или когда выгонит сожитель. Не ясно, что теперь делает и работает ли вообще, но из торговли, видимо, ушла. Год назад, после особенно длительного запоя, ночью сделалась беспокойна, выбежала, полуголая, на лестничную площадку, разбудила соседей, звала их взломать дверь в соседней квартире, где в это время никто не жил. Была стационирована в психиатрическую больницу, выписана оттуда с диагнозом алкогольного делирия. Постоянно возбуждена в последнее время, неспокойна, суетлива, бестолкова.

Тремор рук, блеск глаз, поспешность движений. При враче требует от матери денег, мгновенно раздражается при отказе. Беседу с врачом каждый раз откладывает назавтра, замалчивает свое пьянство, причину нервности видит в том, что много пережила в свое время из-за жилищного неустройства (В).

Набл.174. Мужчина 44 лет. Мать – русская, москвичка, служащая, несколько замкнутая, любит уединение. Отец выпивал, но умеренно, «был спокойным». Обследуемый характеризуется матерью в детстве и юности ничем не примечательным, уравновешенным. Был на фронте, застал конец войны, ранений, контузий не имел. Работал слесарем на заводе. Был женат, имеет детей. Пьет лет 20, в последние годы неуклонно деградирует: несколько раз менял места работы, окончательно потерял профессию, устроился разнорабочим на базе, которой заведует его сожительница и собутыльница. Из прежней семьи давно ушел, о ней не вспоминает. Дважды без сколько-нибудь заметного результата лечился от алкоголизма в больнице. Пьет ежедневно. Прежде употреблял и суррогаты, теперь подруга «не допускает этого»: пьют только водку. Дома ничем не интересуется, бездеятелен, думает только о выпивке. Пьяный – груб по отношению к родителям, раздражителен, нелепо придирчив, трезвый – безволен, его можно заставить делать любую работу по дому, но каждую минуту готов сбежать, влекомый желанием выпить.

Беспокоен, ходит взад-вперед по комнате, интереса к беседе не обнаруживает, «бубнит» что-то. С утра выпил, но мало, ждет сожительницу, которая должна принести спиртное (В).

Травматическая энцефалопатия

Мы не приводим случаев, ограничивавшихся одними «церебральными» жалобами (головные боли, головокружения и т. д.) и лишенных заметной психической патологии: они относятся к компетенции невропатолога. В других разделах описаны случаи, где черепномозговая травма являлась одной из причин «энцефалопатии сложного генеза» (например, набл.49 и 168). За пределами этого раздела остался и случай тимопатии,

описанный в набл.154, где черепномозговая травма, перенесенная в возрасте 3 лет, была, по всей очевидности, причиной эпилептиформных приступов, продолжавшихся до 10 лет, и участвовала в формировании психопатического синдрома: как известно, психопатия может быть не только генетически обусловленным состоянием, но и результатом болезней раннего периода жизни. Ниже представлены лишь последствия черепномозговых травм, полученных в зрелом возрасте: с характерной «приобретенной» органической психопатизацией и развитием психоорганического синдрома и слабоумия.

Три относительно благоприятных случая, близких к «неврологическим»:

Набл.175. Женщина 49 лет, русская, образование среднее, замужем. Инвалид 2-й группы по прогрессирующей близорукости. О характере в молодости ничего примечательного не сообщила. В 1952 г. – сотрясение головного мозга, после которого долго плохо себя чувствовала, была сильная слабость. В последующем – головные боли, обмороки, по ночам среди сна – чувство «проваливания», страхи, разговаривает во сне. Стала резко раздражительна, что связывает с условиями жизни: муж почти слепой, познакомилась с ним в мастерской, использующей труд инвалидов (С).

Набл.176. Женщина 56 лет, русская, уборщица, замужем. По характеру была спокойной, энергичной. 13 лет назад травма головы, после которой появились приступы с потерей сознания, стала раздражительна, вспыльчива. Приступов сейчас нет, но остается возбудима, часто снижено настроение, легко повышает голос. Связывает свои жалобы с семейной ситуацией: сын пьет, муж болен (С).

(40 % выборки.)

Набл.177. Мужчина 40 лет, русский, на инвалидности 2-й группы по поводу слепоты (после кори), женат, имеет двоих детей. В 1957 г. перенес черепномозговую травму, после которой были судорожные припадки. Последние прошли, но изменился по характеру: стал придирчив, легко озлобляется. Систематически пьет, хотя не переносит алкоголь: начинает скандалить, драться. Мнителен и подозрителен в отношении того, что делается вокруг: как все слепые, по утверждению жены.

Еще случай, отягощенный алкоголизмом:

Набл.178. Мужчина 55 лет. Из крестьян Курской области. Наследственность без выявленных особенностей. Себя характеризует с детства общительным: «без коллектива не мог», был влиятелен среди сверстников, «верховодил» в их обществе, руководствовался при этом «справедливостью». Увлекался спортивными играми. С 22 лет в авиации. В армии, с его слов, держался с подчиненными запросто, не любил тех, кто вел себя заносчиво, не по-товарищески. В годы войны начал выпивать – 100–200 *г* водки стали для него с тех пор ежедневной «нормой».

В 1944 г. ранение осколком в правый висок. В течение дня не видел, на две недели отнялись ноги и нижняя половина тела, потом «сразу встал и пошел», «не заметил, как это вышло». После травмы остались головные боли, ощущения «проваливания» в дневное и ночное время, повышенная раздражительность. Настроение все чаще и без причин делалось мрачным, испортил отношения с товарищами по службе. Продолжал выпивать, несмотря на категорические запреты врачей. В 44 года был в чине полковника комиссован из армии с диагнозом «травматическая энцефалопатия», но истинной причиной увольнения было пьянство.

Живет на пенсию. Одно время был активным членом домкома, сейчас ничем не занят. Ежедневно выпивает; бывают, сверх того, запои по нескольку дней, когда пьет особенно много. В последние годы почти все время озлоблен: очень злопамятен, запоминает мелкие обиды, «собирает» их, чтобы высказать в опьянении. Пьяный – «невозможен»: грубо оскорбляет дочерей, попрекает тем, что они живут за его счет, может сказать: «Зачем учишься, все равно дурой останешься». Раньше в трезвом виде старался как-то помириться с домашними, загладить свою вину, теперь постоянно враждебен к ним, стал неискренен, лицемерен, в присутствии посторонних ведет себя иначе, чем без них. В течение последних трех лет периодически повышается (до 180/100 мм) давление крови. «Проваливания»

кончились лет 5 назад, но головные боли остаются и бывают очень резкими. В последнее время слабеет память, а раздражительность стала непомерной, явно болезненной.

В беседе вначале старается вести себя сообразно с прежним своим положением, сразу же сообщает врачу, кем был прежде, ведет благопристойный и пустой разговор, скрывает злоупотребление алкоголем, держится с бравадой – затем быстро выявляется дисфоричность настроения и недоброжелательное, озлобленное отношение к людям. О дочерях говорит, что они стали «нахальными», руководство домкома будто бы заставляет его писать речи и выдает их потом за свои (на поверку выясняется, что его попросили составить какую-то цифровую справку и потом вставили ее в общий отчет, не упомянув о его авторстве). Лишь о жене, страдающей церебральным атеросклерозом и выраженным психоорганическим синдромом, говорит довольно безразлично, что она «добрая». Тремор рук, беспокойный блеск глаз; худой, с нездоровым сероватым цветом лица; страдает эмфиземой легких, пневмосклерозом, частыми бронхитами (С).

В данном случае налицо выраженная алкогольная симптоматика, но изменения личности представляются текущими по смешанному эпилептоидному типу вследствие сочетанного действия пьянства и черепномозговой травмы – возможно, на фоне преморбидной эпилептотимии.

Напомним далее набл.66, которое предваряло описание группы эпилептического наследственного круга и было «заимствовано» из настоящего раздела, и набл.5, где до развития шизофренного синдрома в течение нескольких лет наблюдалась картина травматической эпилепсии со становлением психоорганического синдрома.

Далее – более или менее характерные случаи травматического слабоумия:

Набл.179. Мужчина 69 лет. Армянин. Отец – ветеринар, спокойный, флегматичный. Мать суровая, властная, решительная.

С детства неусидчивый, подвижной, увлекающийся. Был отчислен из школы за многочисленные проделки: в последний раз приклеил сургучом к столу бороду заснувшего среди урока батюшки. Один из всей семьи не получил специального образования: учился попеременно на фельдшера, бухгалтера, быстро охладевал к занятиям, становилось «скучно». Задержался лишь в военном училище, которое «пришлось по душе».

В 19 лет тяжелая травма головы («пробили» прикладом). После этого через короткое время – развернутые судорожные припадки, тяжелые головные боли, «потемнения в глазах» на 2–3 секунды, «переключения» в речи. С 20 лет лечится у психиатров с диагнозом «травматическая эпилепсия». Имел вторую и третью группы инвалидности, работал в отделах снабжения. На службе был неуживчив, «бранился до драки», после чего были «сердечно-нервные припадки»; дома был деспотичен, ревнив, вздорно-требователен, «жаден», «скопидом». Периодически состояние ухудшалось: нарастали головные боли, слышались оклики, делался подавлен и озлоблен, приходил в диспансер и там тоже «скандалил». Приносил туда пространные, нелепо-высокопарные письма, в которых требовал для себя тех или иных благ или «настоящего лечения», поздравлял врачей с праздниками. Одно из таких посланий начиналось так: «Поздравляю всех Командиров, кто будет читать мое доброе Советское Послание и Приказ Министра Обороны от 9.V.57 г.». С 33–34 лет состояние в диспансерной карте расценивается как выраженное снижение, отмечается, что больной вязок, назойлив, ипохондричен.

Большие припадки в последние годы прекратились, менее выражены головные боли, но остаются малые приступы. Одряхлел в последнее время. Становится все более рассеян, забывчив, по-детски обидчив, сентиментален, плачет всякий раз, когда смотрит телевизор. Бездеятелен, пассивен, не строит никаких планов на день. Остается вздорен, ворчлив; в последнее время говорит, что к нему плохо относятся родные и домашние, что он никому не нужен, – порвал поэтому отношения с сестрой; часто «обижается», демонстративно уходит на кухню. Страдает эмфиземой легких, стенокардией.

Гиперстеник, седой, с атеросклеротическим обликом. Вначале отказывается от встреч с врачом: «Я же все написал в анкете» (действительно исписал сверху донизу данный ему

письменный опросник – вместо того, чтобы отвечать на вопросы «да-нет»), постепенно стал более доступен в беседе. Рассказывает, что по-прежнему в речи бывают «переключения», когда внезапно меняет тему разговора, видит недоумение собеседника и не понимает его причины; бывают также приступы сердцебиений и удушья, сопровождающиеся страхом смерти, не выезжает за город из-за страха их повторения. В свободное время смотрит телевизор, но плохо понимает сценическое действие, забывает сюжетную линию. Уверен, что жена и дочь в сговоре против него – неприязненно озирается на них, когда говорит об этом (А).

В этом случае большую роль играет присоединившийся в последние годы сосудистый процесс – равно как и в следующем наблюдении.

Набл.180. Мужчина 65 лет. О раннем анамнезе сведений мало. Брат как будто бы страдал эпилепсией. До войны был преподаватель автодела. Характеризует себя смолоду активным и жизнерадостным. В 1942 г. тяжелая контузия головного мозга, осложненная менингоэнцефалитом, в связи с которым около года лечился в госпитале – был затем комиссован со второй группой инвалидности.

На учете диспансера с 1943 г. При первом обращении был плаксив, ипохондричен, жаловался «неестественным», «ноющим» голосом на боли в пояснице, на то, что мерзнет спина, сердце «ноет, как зубная боль», на головные боли, оклики по имени («звала» умершая мать), на отсутствие памяти, головокружения, на то, что скользит и падает среди ходьбы, – не покидал поэтому дома, боялся улицы: «всего трясло», если надо было выйти. Мимика производила впечатление гримасничанья, положение тела скованное, состояние расценивалось как паркинсоническое. Постоянно обращает на себя внимание врачей монотонным, нараспев жалующимся голосом, интонации которого оценены как «нарочитые».

Состояние не улучшалось сколько-нибудь существенно до 1951–52 гг. Был постоянно тосклив, тоска сопровождалась чувством отчаяния и недовольства окружающими. Со страдальческим выражением лица, хмурясь, говорил о том, что жена и другие в семье его обижают. Постоянно высказывал массу разного рода жалоб: на зябкость, боли в пояснице, головные боли, судорожные подергивания мышц, заикание при волнении, плохую память; был раздражителен «как порох». Дома делал минимум домашней работы: иногда убирал квартиру, ходил в ближние магазины. Периодически – ухудшения состояния с усилением тоски и недовольства, делался тогда особенно мрачен, безмолвен, от малейшей обиды «замыкался в себе» или разражался рыданиями, обвинял жену в невнимательности. Консультация невропатолога в 1948 г. выявила вялость мимики, редкое мигание, сглаженность левой носогубной складки, девиацию языка вправо, общий тремор, тики лица, дизартрию.

С 1951–52 гг. некоторое улучшение в состоянии: чаще выходит из дома, более разговорчив. По-прежнему, однако, много жалоб самого разного свойства. Объективно находят насильственные движения глаз и мышц рта, гримасничанье, тремор правой руки, заикание. Пытается устроиться на работу (читать учебные лекции), но не справляется с нагрузкой из-за головных болей, «пустоты в голове»: может лишь «читать по бумажке» и если отрывается от нее, то сбивается с мысли. Слащав, угодлив по отношению к врачам (по записям в диспансерной карте). В квартире ссорится с душевнобольным соседом, предъявляет ему вздорные требования относительно оплаты общих счетов, не учитывает его болезни.

В 1953 г. переведен на третью группу инвалидности, устроился инструктором ДОСААФ. Продолжает регулярно обращаться в диспансер. Отмечается неустойчивость настроения: временами более сумрачен и «демонстративен» в своем поведении, охает, вздыхает на приеме, ищет сочувствия врача, жалуется на соседа.

В последние годы – ухудшение физического состояния: стенокардия, ставится диагноз общего атеросклероза. Участились головные боли, стал более медлителен, пассивен, истощаем, «все силы уходят на писание жалоб на соседа» – в товарищеские суды и милицию.

Нарастает слабость памяти, забывчивость, не может ничем подолгу заниматься, дома ничего не делает, лишь немного слушает радио, полностью опекается женой, беспомощен, как ребенок.

Седой, дряхлый. Медлителен, движения растянутые, вязкие. Мимика с чертами насильственности, гримасоподобная. Тосклив, плачет навзрыд, жалуется на соседа, который загубил его жизнь, «не дает прохода», бьет. Не способен связно изложить мысли, повторяет одни и те же фразы, речь часто прерывается: молчит, не отвечает на вопросы, глядит мимо с обиженным и озлобленным выражением лица, как бы пережидает тоскливое настроение (А).

В следующем случае сведений для диагноза недостаточно – мы, ориентируясь на скудный анамнез, расцениваем его как подозрительный на травматическое слабоумие, хотя выглядит он не вполне характерно.

Набл.181. Женщина 65 лет. Известно, что родилась в Москве. Сестра в 16 лет остро заболела психически: говорила, что она царица, год лежала в психиатрической больнице, в последующем была больна каким-то тяжелым физическим недугом (?), рано скончалась.

Обследуемая кончила 10-летку, работала статистиком в канцелярии, в 24 года вышла замуж. События дальнейшей жизни передаются крайне неточно. В войну разбомбили дом, ей негде было жить, она устроилась домработницей. В 1965 г. ее сшибло машиной, был перелом основания черепа, в последующем – тяжелые головные боли, шум в голове, плохой сон. Соседи, живущие с ней 3 года, о ее прошлом ничего достоверного сообщить не могут, но в один голос говорят, что она несомненно больна психически – хотя и затрудняются в описании ее состояния. Чаще всего она нелюдима, держится высокомерно, «ходит не здороваясь», в другое же время подолгу, придирчиво, не отступаясь от своего, ссорится с соседями по мелочам: например из-за копейки общего счета, не понимая при этом самого очевидного. Может обвинять и упрекать их в том, что ее комната самая неудобная, «на сквозняке», словно они в этом виноваты. Оставаясь дома одна, никому не открывает, боится незнакомых людей «как маленькая». Хозяйство вести сама не может, готовит лишь самую простую еду. Ее опекает мужчина преклонных лет – по-видимому ее старый знакомый, бывший юрист; он приносит ей продукты, читает старые журналы («Ниву»), она слушает его с удовольствием ребенка. Обращают также внимание на речь больной: она часто говорит «вразрез» общему разговору, как бы не слыша его, «не думает что говорит», иногда начинает вдруг что-то выкрикивать. Часто выглядит странной, отрешенной: «придет на кухню с занятым видом, походит и уйдет», не откликается в это время на обращенную к ней речь. Боится после травмы переходить улицу.

Долго не открывала дверь квартиры, стояла притаившись за дверью. Держится настороженно и, одновременно – с детским любопытством, в упор, разглядывает врача. Сколько-нибудь связно рассказывает только о событиях детства и молодости, но сообщает лишь отдельные факты, описать их более подробно не может, отмалчивается с важным видом, оставляет многие вопросы без ответа Не смогла назвать текущий год и месяц Года, когда случилась травма, не знает – сказала только, что ее сшибло машиной Свой возраст определила верно. Скупо пожаловалась на головную боль и шум в ушах (А)

По-видимому, здесь имеются грубые мнестические расстройства и, вероятно – эпизоды измененного сознания с состояниями амбулаторного автоматизма, но статус больной поражает сходством с шизофреническим: чудаковатостью, пуэрильностью, диффузной параноидностью, что может стоять в связи с отягощенной шизофренией наследственностью. Слабоумие больной лишено черт эксплозивности, брадипсихии, вязкости, ипохондрии и т. д., характерных для посттравматического психоорганического синдрома. Подобная картина может иметь место при грубых двусторонних лобных деструкциях, не осложненных внутренней гидроцефалией, но возможно также и причудливое сочетание посттравматического (мнестического и эпилептиформного) синдрома и латентно-шизофренических (шизофренических?) проявлений.

Другие экзогении

1. Ревматизм и ревматизмоподобные состояния («психический ревматизм»)

Диагноз ревматизма с формированием порока ставился терапевтами в прошлом 5 лицам. У троих из них соматическое заболевание протекало с массивной вегетативной и неврозоподобной симптоматикой – именно у них порок был мягок и диагноз его с годами подвергался сомнению или снимался. В двух случаях, где порок был грубее, явственнее (в обоих – митральный стеноз), сопутствующая неврозоподобная симптоматика была выражена в меньшей степени (в одном случае) или отсутствовала (в другом). Такой «психосоматический антагонизм» описывался в психиатрии ревматизма и прежде (см., например, у С. А. Хуршудян). Случай, диагностированный терапевтами.

Набл. 182. Женщина 29 лет, из Твери. Отец рано умер от порока сердца, был спокойный, семейственный, хозяйственный. Мать – «вспыльчивая, но отходчивая», одна вырастила детей. Сестра замкнутая, часто «унылая»; брат вспыльчивый. Сама обследуемая была с детства подвижной, жизнерадостной. Кончила 10-летку. В 14 лет первая суставная атака – после нее физически чувствовала себя хорошо, но с тех пор у нее заметные колебания настроения, делалось «вдруг обидно» по самым разным поводам, что не могла учиться музыке, которую любила, что у семьи не было средств для этого – «поплачешь и пройдет», по ее словам. После школы поступила мастером в ателье («не было выбора»). Вышла в 20 лет замуж за офицера-москвича, стеничного, скрытного, формального. Имеет сына 7 лет. Два года назад перенесла вторую атаку ревматизма с сердечными жалобами. После этого чувствовала себя постоянно плохо, считала, что неизлечимо больна: «только сейчас начинаю приходить в себя». Беспокоили сердцебиения и «нервные приступы»: «холодели руки и ноги», «всю начинало трясти», была резкая слабость и одышка от малейшего напряжения. Сказали, что у нее комбинированный митральный порок, но сейчас говорят только о недостаточности клапана. После перенесенного обострения остаются слабость, плаксивость, зависимость настроения от погоды: «стоит туче появиться на небе», как начинают болеть голова и суставы, ощущает разбитость, головокружения, ее «придавливает книзу», она должна лечь. Страдает артериальной гипотонией. Бережет себя, старается меньше заниматься домашним хозяйством, сосредоточена на своем физическом состоянии. Поступила все же в фармакологический техникум – до этого была на инвалидности.

Внешне – несколько медлительна, размеренна. Настроение снижено, ипохондрична, все мысли – о физическом заболевании (С).

В данном случае, помимо ревматизма сердца и суставов, можно думать о мягкой ревматической энцефалопатии с преимущественно вегетативной симптоматикой, метеопатией, аффективной неустойчивостью, ипохондрией. Диагностика в данном случае упрощается благодаря наличию соматических знаков, но кроме 5 случаев ревматизма, подтвержденного терапевтами, имелось еще по меньшей мере столько же лиц преимущественно среднего возраста, которым этот диагноз не ставился, но они обнаруживали клиническое сходство (и родство?) с ними. Такие лица жаловались на периодически возникающие астенические состояния с суставными болями, ощущением разбитости, общим недомоганием, зависимостью состояния от погодных условий, от простуд, с ухудшениями после «гриппа»; они кутались, берегли ноги и голову от холода. В психическом статусе обнаруживался преобладающий дисфорический фон настроения, имитирующий шизоидность, но с явлениями раздражительной слабости и эпилептоидными и «истероидными» чертами. Общее количество больных в этой плохо отграничиваемой группе таково, что можно говорить о весьма распространенной, статистически существенной патологии. Случай «психосоматического ревматизма», не наблюдавшийся терапевтами. *Набл.183.* Мужчина 48 лет. Из Брянской области. Родителей-крестьян не помнит, они рано умерли от тифа. Брат – шофер, с годами стал раздражителен. Сам жил в детстве поочередно

у разных родных и в детдоме. Кончил 5 классов, работал с 14 лет, был до армии слесарем. О себе говорит скупо: учился средне, «находили способности», но был неприлежен, все время проводил со сверстниками. В годы войны 6 лет прослужил на Дальнем Востоке. Пошел затем в милицию, долгое время был постовым милиционером, сейчас в аппарате отделения (?). Женат с 28 лет. По словам жены, с первых лет совместной жизни ревновал ее, «устраивал сцены», упрекал в том, что на нее смотрят. Перестал ревновать жену лет 6–7 назад. По характеру неприветливый, придирчивый, всегда требовал особой чистоты в доме. Лет с 30 стал раздражительнее, что особенно проявляется в домашних условиях: может обругать жену по незначительному поводу, ударить «под горячую руку». На службе ведет себя сдержанно. С пьющей и скандалящей соседкой старается придерживаться буквы закона, но принимает все доступные ему меры *в* борьбе с нею. В последние 6 лет чувствует себя хуже: в дождливую погоду беспокоят колени, после простуды (всегда легко простужался) – длительное, на полторы-две недели, недомогание: в это же время усугубляются мрачность и раздражительность. От волнения повышается температура: до 37,3–37,4 гр. Беспокоит хруст в суставах.

Выглядит недовольным, несообщительным, чопорным, «важничает». Довольно недоверчив, поддерживает беседу в пределах, которые задает сам и которые считает уместными: ничего не сказал, например, о своей службе. Судя по атмосфере, царящей в семье, деспотичен, но проявляет заботу к домашним. Все свободное время проводит У телевизора (С).

Еще несколько наблюдений вкратце. Заметим еще раз, что связь «ревматизма» с психической патологией во всех этих случаях констатировалась с разной и часто – минимальной долей вероятности. Случай с ревматическим поражением сердца:

Набл.184. Женщина 46 лет, русская, со средним образованием, работает бухгалтером, замужем, двое детей. С детства – больные суставы и шум в сердце. В последние два года отеки, колющие боли в сердце. Находят ревматизм с недостаточностью митрального клапана. Отличалась всегда впечатлительностью, аффективной неустойчивостью. В последнее время, особенно при семейных и прочих неприятностях, делается тревожна, «вздрагивает», беспокоят ночные кошмары, беспричинное волнение. Говорит обо всем этом с напором, ищет помощи, но, раз выговорившись, теряет интерес к беседе (С?).

В остальных случаях ревматизм как терапевтическое заболевание был еще более проблематичен, поскольку отсутствовало характерное поражение сердца, суставов и т. д., или же если соответствующие жалобы имелись, то они носили самый стертый, аморфный характер. Последнее не доказывает, но и не опровергает наличия ревматизма, который, впрочем, настолько отличается от привычного «терапевтического», что целесообразней говорить о «психосоматическом» ревматизме или «психическом параревматизме» – с психопатоподобными проявлениями на первом плане и самыми аморфными периодическими суставными, сердечными и общими соматическими жалобами на втором. В западной психосоматической литературе считается, что он психогенного происхождения, – отечественный терапевт проф. В. И. Смоленский (не рискуя, видимо, выступать с этим в специальной литературе) говорил в 1961–62 гг. на лекциях перед студентами о доброкачественном течении в таких случаях некоего недифференцированного и латентного коллагеноза, минимальной, наимягчайшей форме системной красной волчанки (?). (Нечто подобное действительно находят в семьях больных СКВ среди внешне здоровых их членов.)

Набл. 185. Женщина 23 лет, русская, студентка вуза, *не* замужем. С детства очень стеснительная, с легко возникающей дрожью в руках, домоседливая; отличалась худобой. С 12 лет – суставные боли и периодическое общее недомогание с повышенной раздражительностью и снижением работоспособности. Такие состояния бывают и поныне. Теперь постоянно чувствует себя не вполне здоровой: чувство «несвежести» в голове, нет, как у других, облегчения после сессии, вообще – радости жизни. Вполне доступна и доверительна, жалуется на свое состояние, но не может «выговориться»1 настроение после беседы остается столь же сниженным и брюзжащим, как и до нее Депрессивной

медлительности нет – напротив, суетливая до «верчености», непоседливая, с поспешными ответами и движениями (С).

Набл.186. Женщина 48 лет, русская, образование среднее, служащая. Характеризуется впечатлительной, недалекой. С 40 лет – суставные боли, периоды астении с ощущением переутомления, с «забеганностью» и «рассеянностью», когда много движется и словно не может присесть и отдохнуть, хотя испытывает постоянное чувство усталости. После операции по поводу туберкулеза легких, сейчас излеченного, были ночные кошмары. Внешне ничем не примечательна (С).

Набл. 187. Мужчина 59 лет, русский, квалифицированный рабочий. Перенес плеврит, врачи говорили тогда о ревматизме. По характеру сдержанный, немногословный Часто бывает дурное настроение – тогда в особенности не расположен разговаривать, раздражителен, но «про себя», сдерживается. Бывают состояния с недомоганием, разбитостью, ломотой в суставах – тогда усиливается и раздражительность. В беседу вовлечь не удалось: выглядит пасмурным, иногда – ожесточенным; ответы односложные, вынужденные – хотя и старается держаться рамок приличия (С).

Набл.188. Женщина 25 лет, русская, техник, замужем, имеет ребенка. В юности находили ревматизм, но потом диагноз сняли. Характеризуется повышенно ответственной, педантичной в работе и вялой, пассивной в домашних условиях: «не приспособлена» к ведению хозяйства, устает от него, не любит им заниматься, о чем говорит открыто, не видя в этом ничего предосудительного. Довольно безразлична к половым отношениям – легко говорит и об этом тоже, не чувствуя себя ущербной в связи с этим обстоятельством (С?).

Напомним также, что ревматизм, с той или иной степенью вероятия, предполагался у некоторых депрессивных больных (набл.136 и 137). Суммируя, можно сказать, что во всех подобных случаях в психическом статусе отмечались различные сочетания истеро-, эпилепто- и шизоидоподобных черт с астенодепрессивными состояниями, носившими характер соматогенных- больные говорили об усталости, вялости, мышечной слабости, потливости; настроение было преимущественно сниженным, брюзжащим, дисфорическим Состояние это безусловно наследуется, носит семейный характер, но, кажется различно в своих проявлениях у разных членов семейства.

2. Иные причины

В выборке было 2 случая тиреотоксикоза: один с типичной соматической картиной, с глазными симптомами, второй – стертый, сомнительный но с богатой неврозоподобной симптоматикой.

1 случай тяжелого врожденного порока сердца *с* задержкой физического и умственного развития (описан в набл. 115).

Наконец, одна женщина стояла на учете в диспансере с диагнозом «остаточные явления органического поражения ЦНС», но не обнаруживала расстройств этого круга (равно как и прочих тоже).

Психогении

Наше исследование не претендовало на сколько-нибудь полный охват этой патологии – эта задача по силам лишь социальному психиатру, нацеленному на ее выполнение и применяющему адекватные подходы и методики. Сегодняшний врач-практик ориентирован на индивидуальную патологию – массовые расстройства плохо фиксируются им, поскольку они универсальны, «общечеловечны», «понятны», представляют собой типовой, «средний», легализованный нравами, общественной моралью, ответ на превратности судьбы отдельного человека или целого общества. То, что описано ниже, представляет собой либо преувеличенные, в сравнении с такой «средней нормой», реакции предрасположенной к тому

личности, либо, вследствие особой силы психотравмы, «чрезмерные» реакции, состояния клинически близкие к душевному заболеванию. (Так, можно обгореть под солнцем из-за индивидуальной предрасположенности к этому или вследствие чрезмерной инсоляции и оба состояния будут считаться болезненными, но обычный загар считается нормой и игнорируется наблюдателями – обратят скорее внимание на его отсутствие.)

Между тем и «нормальные» реакции могут быть «патологическими», болезнетворными – вопрос лишь в том, как смотреть на данное явление и чем заканчивается тот или иной случай. Горе после утраты близкого родственника не воспринимается как болезнь ни самим больным, ни его окружающими: действительно, что может быть естественнее, чем скорбь по умершему ребенку или родителю, но по прошествии некоторых сроков, когда психотравма отдаляется во времени, утрачивает остроту, «изживается», больные признают, что были в тот момент как «невменяемые», могли натворить (и в самом деле совершали) массу неосмотрительных и опасных для себя поступков. Кроме того, тяжелые психотравмы почти никогда не проходят бесследно: по глубине остаточных воздействий они не уступают другим возможным причинам заболеваний и могут превосходить их по длительности – в этом отношении старые авторы были правы, ставя психотравмы в один ряд с органическими факторами. После всякой тяжелой и непоправимой утраты люди, претерпевшие ее, говорили, что они изменились – в той или иной степени, но всякий раз окончательно. Сущность этих перемен почти всегда сводилась к тому, что эти лица (а им в населении нет числа) стали менее жизнерадостны и беззаботны, более опасливы и пессимистичны, внутренне готовы к новым бедам – в них словно что-то надломилось, утратилось, угасло. Этот нажитой аффективный изъян сказывался, в частности, в том, что новое горе или бедствие, хотя и поражало человека с не меньшей силой, чем первое, но внешне выглядело скупее, меньше сказывалось на его поведении: к горю привыкают, претерпеваются. Особенно существенны для биолога-наблюдателя – изменения в привычном поведении, свидетельствующие о более глубоких изменениях личности, нежели собственно аффективные расстройства: патология поступков обычно следует за идеаторной и аффективной. У больных возникали привычные действия, ритуалы, стереотипии в поведении, тематически связанные с перенесенным несчастьем и им сформированные: регулярное посещение кладбища (как запечатление ритуала похорон – финальной и наиболее запоминающейся сцены, символизирующей утрату близкого человека) или, в иных конъюнктурах, настороженность, боязнь сказать лишнее, особого рода осмотрительность, повторяющие поведение на допросах, в суде, заключении и т. д.

По-видимому, это основное противоречие проблемы: норма-болезнь психогений – каким-то образом участвует в той путанице, которая царит в классификации психогений и мешает их правильному, естественному делению Систематизаторы их все время сбиваются с ясной и последовательной группировки по типу травмирующего обстоятельства наделение по клинической картине, которая у предрасположенных личностей (коими психиатры занимаются в первую очередь) во многом предуготована конституцией. Считается, видимо, что сами по себе психотравмирующие ситуации не могут определять лица и тяжести болезни, «нормальные» реакции отделяются непроходимой стеной от «патологических», и происходит это прежде всего на территории психиатрических больниц, где подобные «непомерные» реакции обычно концентрируются. Чем дальше от психиатрических стен, тем более заметна, однако, общность, универсальность и специфичность психогений в зависимости от рода психотравмирующего фактора. Из определений этих состояний одной из лучших является формулировка К. Ясперса (цитирую по И. Н Введенскому и М. С. Хейту):

«Мы пользовались лишь теми наблюдениями, в которых, несмотря на известную атипичность и своеобразие, накладываемые патологической почвой, ведущим фактором оставалась психогения, где не только существовала определенная причинная зависимость между психической травмой и реакцией (каузальная связь), но где и содержание реакций достаточно ясно отражало травмирующие переживания (понятная связь) и где течение ее

также определялось последними: усиливаясь или ослабевая с их обострением или смягчением, затягиваясь с длительным характером травмы, исчезая совсем с ее устранением или естественным изживанием».

Иными словами: травмирующая ситуация формирует облик патологического состояния и лишь по мере ее ослабления или разрешения природа, обладающая репаративными силами, смягчает болезненные проявления или вовсе нивелирует их, возвращая психику близко к исходному состоянию.

Отсюда остается сделать лишь один шаг: раз форма и течение болезни определяются психотравмирующими ситуациями, то их и надо делить в зависимости от характера последних – утраты близких, несчастной любви, пожаров, войн, оккупации и т. д… К счастью для человечества, подобный перечень конечен и ограничивается двумя-тремя десятками наименований, а если их группировать по внутреннему родству, то и того меньше. Только фиксировав одну из переменных, причем – главную и формообразующую, можно исследовать вариации, зависящие от второстепенных в данном случае факторов: пола, возраста, психической конституции и т. д. Этого требуют правила общей таксономии, науки о классификации, и просто – элементарной логики: раз в заголовке – класс причин, в подзаголовках должны быть его подвиды (C. Hernpel). Вместо этой стройной системы мы пользуемся архаичным и непоследовательным понятием «неврозов» с их известным подразделением на истерию, психастению, депрессию и т. д., которое уводит нас от первоначального принципа классификации. В итоге эта непоследовательность приводит к тому, что в одном классе сводятся воедино несопоставимые ни по характеру, ни по частоте распространения состояния: истинные реакции, фазы психопатий, проявления вялотекущих психических заболеваний и т. д..

Понятие неврозов, применяемое вместо термина психогений, имеет свои исторические корни и инерцию употребления, которая отчасти объясняет их нынешнюю метаморфозу. Представление о неврозах идет из психиатрии прошлого века, специально – французской, где оно означало не что иное как патологические психические состояния, протекающие на фоне ясного, т. е. не помраченного бредом и галлюцинациями, сознания, где сохраняется критика к болезни – в противовес психозам и слабоумию. Таких неврозов прежде выделяли три: истерию, ипохондрию и эпилепсию. К психогениям как таковым они отношения не имели – в то время вообще не выделяли этого класса психических болезней: вредные факторы рассматривались в их совокупности и взаимодействии. В этом свете неврозы были не столько формой, сколько степенью тяжести болезни и ступенью в «лестнице вырождения». Синдромологический подход к психическим болезням и их систематике имеет безусловное право на существование: он по меньшей мере дополняет нозологическую психиатрию – но чтобы обе можно было сравнивать, необходимо, чтобы в пределах каждой господствовали их собственные системы координат: недопустимо их «взаимозаимствование». Именно это и происходит в группе психогений, где понятие «невроз» исподволь изменило значение и вторглось в нозологически ориентированную психиатрию. Дело, конечно, не в том, что термин изменил свое содержание: мы без ущерба для дела пользуемся словом «бред», не вглядываясь в его значение двухсотлетней давности, – беда в том, что этот термин, мигрируя в номинативном поле, привел с собой в неизменном виде свой словесный и понятийный аппарат и свою, ставшую анахроничной, субклассификацию.

Употребление термина «психогении» вместо алогичного в данных обстоятельствах «невроза» приводит диагноз в соответствие с этиологически направленной психиатрией и убирает из него двусмысленность, вводящую в заблуждение не только словесно, но и понятийно. Простое и ясное деление психогений по виду психотравмирующих ситуаций давно созрело теоретически и практически. В западноевропейской литературе много статей о «неврозах узников концлагерей», «неврозах перемещенных лиц», «неврозах утраты близких» и т. д. У нас А. Г. Амбрумова пишет о «неврозе одиночества», В. А. Молодецкий – о реакциях на «несчастную любовь»; вполне узаконены «психогении экстремальных

ситуаций» (см. Ю. А. Александровский с соавт.). Предуготованные реакции исходно патологических лиц считаются при таком подходе промежуточным звеном между психогениями и эндогенно обусловленными расстройствами. Так, И. Н. Боброва и Н. К. Шубина выделяют «реальные и условные пусковые факторы» психогений: «реальные» вызывают развитие психогений вне зависимости от исходного типа личности, вторые – декомпенсацию различных типов психопатий, для которых они специфичны: для «астеников», например, это – переутомление, для кверулянтов – бытовые конфликты и т. д.: нетрудно заметить, что здесь производится деление материала на собственно психогении и психогенные декомпенсации психопатий или постпроцессуального дефекта личности.

Так представляют материал психогений и те, кто специально занимается данной патологией: большое число «монотемных» случаев позволяет быстро нащупать их клиническую однородность и целостность. Такой подход основан на том, что все люди, независимо от их особенностей и в чем-то схоже, реагируют на одинаковые психотравмирующие ситуации. Совершенно ясно. что существуют различия между отдельными индивидами, но шизофренией тоже болеют по-разному, однако никому не приходит в голову оспаривать на этом основании факт ее автономного существования.

Перед изложением клиники психогений нашего материала следует напомнить случаи, где психотравмирующие факторы провоцировали или обостряли течение иных психических заболеваний или психопатических состояний. Подобная роль их уже неоднократно отмечалась в историях болезни и жизнеописаниях. Напомним вкратце эти ситуации.

1) Провоцирование психотравмами начала или обострений эндо- и экзогений. В качестве примеров:

В набл.1 шизофренический процесс у ребенка начался после смерти сестры, воспринятой им с «недетским трагизмом»: после года тоски с молчаливостью и отгороженностью от домашних, началось уже явно шизофреническое обострение с агрессией к родным и бредовыми расстройствами. Тот же больной, уже будучи взрослым, испытывает ухудшение состояния после всякого «стресса» – например связанного с посещением доктора: отмечается, иными словами, реактивно-лабильное течение шизофренического процесса.

В набл.14 больная, отнесенная к вялотекущей «шизоэпилепсии», после каждой ссоры с соседями (инициируемой ими: они недовольны ее постоянной стиркой), в течение недели чувствует себя хуже: у нее обостряются ее обычные и «инотемные» страхи и тревога.

В набл.162 сенильно-сосудистый депрессивно-бредовой психоз начался вскоре после смерти дочери. В набл.165 также начался сенильный процесс: развившийся на фоне относительно умеренных расстройств памяти острый психогенный психоз с беспамятством и дезориентировкой непосредственно перешел в состояние со стойкими мнестическими расстройствами, далее развивавшимися и прогрессировавшими по типу обычного старческого слабоумия.

2) Провоцирование психогениями декомпенсации психопатий или постпроцессуального дефекта.

Психогении психопатов – отдельная тема, на которой мы не можем здесь останавливаться. Если психогении у исходно «здоровых» людей более или менее сходны и симптомы их предопределены психотравмой, то у психопатов и постпроцессуальных больных клиническая картина во многом преформирована патологической конституцией больного и может расцениваться как их «декомпенсация». В нашем материале отмечались атипичные реакции на потери близких и военные бедствия – в частности у больных с «шизоэпилепсией» (наблюдения 4, 13). Наблюдавшиеся здесь «истероформные» зрительные галлюцинации, страхи являлись не обострением эндогенного процесса и не характерными психогениями, а тем, что называют «реакцией измененной почвы». В набл.14 описано состояние «транса» такой больной в местах заключения: с особого рода обостренной, «сверхъестественной» «проницательностью», пророчествами, «ясновидением» и одновременно – «бесчувствием» по отношению к живой реальности.

Здесь же необходимо упомянуть о наличии признаваемой многими авторами:

3) «невротической конституции», предполагающей структурную природную предрасположенность к развитию психогений, «невротических реакций» – с особой силой их течения, с «невротическим овладением» психикой больной (реже – больного). Конституция эта в нашем материале смыкалась с повышенной эмоциональной, вегетативной и сосудистой лабильностью «наследственных» («конституциональных») «органиков» (в широком понимании термина) и их склонностью к «застреваниям»: с пугливостью, внушаемостью, впечатлительностью, зависимостью от окружающих, постоянной готовностью к «импринтингу» впечатлений неприятного свойства: иногда имелась с отчетливой примитивность психики, умственная неполноценность, граничащая с дебильностью. Примеры такого состояния – в набл.113 (дебильность, психогенный параноид оккупации) или набл.110, где у женщины с невысоким интеллектом, также предрасположенной к тревоге, «испугам» и овладевающим представлениям, развился параноид квартирных отношений, некоторыми деталями сходный с эндогенным, но в целом остающийся, по-видимому, в рамках психогенного. Еще один случай такого рода под рубрикой:

А) депрессии утраты или тяжелой болезни близких

Набл.189. Женщина 57 лет. Из крестьян Московской области. Отца не помнит, мать – «хорошая», спокойная, работящая, крепкого здоровья, умерла в 75 лет Себя помнит в детстве послушной, исполнительной, робкой, пугливой. Когда ей было 6 или 7 лет, мать ударила ее за то, что она ушла из дома не сказавшись, – она рухнула без чувств на пол и в течение года, всякий раз, когда видела возвращающуюся мать, падала без сознания в обмороке («ничего не чувствовала, память отходила, лежала бледная»); потом это само собой прошло. Кончила 3 класса. В 18 лет вышла замуж, переехала в Москву, стала работать мотористкой. С 21 года по 28 лет родила троих детей, из которых один ребенок вскоре умер от инфекции; в эти годы не работала, вела домашнее хозяйство. В 25 лет травма головы: упал сук на голову – потеряла сознание, не помнила, что с ней было дальше; затем в течение 2–3 лет были головные боли и подташнивания, в последующем прошедшие. До войны характеризует себя «веселой», «незастенчивой», довольной жизнью.

В войну погиб муж, тяжело перенесла эту утрату (30 лет), плакала – затем «решила, что нужно думать о детях, мужа не вернешь». В 32 года сын попал под трамвай, ему раздавило ногу. Узнав об этом, испытала сильнейший «испуг», потеряла сознание, затем была «бесконечная печаль», поддерживаемая зрелищем увечья сына, постоянно плакала. Стала с тех пор «не такая, как прежде», «иная», пугливая, беспокойная, нервная: «чуть какая неприятность, ничего не хочется, тянет в постель, от всех спрятаться». Постоянно предчувствует некое несчастье, готова пугаться, чувство, что что-то уже случилось. В 34 года вышла замуж во второй раз: «хотелось как полегче, а вышло потруднее» – муж плохо относился к одному из сыновей; через 2 года «по-хорошему» разошлась с ним. Много работала, чувствовала себя все так же плохо. С 37 лет боли в сердце, в 42 года инфаркт миокарда, лежала 1,5 месяца дома, так как врачи сочли ее нетранспортабельной, – все это время боялась встать с кровати. После болезни вернулась к работе швеей-мотористкой, так как не хватало стажа для «приличной» пенсии.

В последние два года – пенсионерка, чувствует себя физически лучше, но постоянно занята отношениями с соседями, которые выпивают, грубят и грозят ей. Старается быть меньше дома, боится соседа, не выходит из комнаты, когда тот у себя Рассказывает, что настроение постоянно грустное, «печалится» по незначительным поводам, тревожится за сыновей, остается прежнее предчувствие беды: «все время чего-то боишься». Иногда слышит оклики и звонки в дверь. Беспокоят сердечные боли, слабость, утомляемость, близкие слезы. Ведет вместе с тем довольно активный образ жизни ездит к сыновьям, помогает снохам в хозяйстве, в хороших отношениях с ними Имеет сожителя, с которым регулярно встречается.

Тихая, незаметная, с грустным, несколько недоверчивым взглядом, сидит в одной позе – слегка наклонив голову набок; голос тихий, жалующийся. Жалобы изложены выше «что бы

ни случилось, все печалюсь», «у детей маленькая неприятность, а я за всех переживаю», «боюсь чего-то, вздрагиваю». О соседях говорит со сдержанной неприязнью, боится соседа, который действительно груб, бесцеремонен и пьянствует (С).

«Неврозогенная почва» в данном случае как бы слагается из нескольких составляющих: депрессивно-тревожной конституции, затяжной протрагированной, почти конституциональной субдепрессии и синдрома «органической невропатии» – с обмороками, легко возникающими «испугами», вегетативной неустойчивостью, мышечными симптомами, тиками, «вздрагиваниями». На этом фоне реактивные состояния особенно заметны и рельефны, они сопровождаются постоянным предчувствием нового несчастья, аффективной ранимостью, отсутствием радости жизни. (Это не мешает ей отвечать основным жизненным требованиям, делать необходимое и даже по-своему преуспевать: у нее в 57 лет есть сожитель, хорошие отношения с детьми и их семьями, она предприимчива и зарабатывает максимально возможную пенсию – все названные расстройства у нее существуют как бы «сами по себе», мало влияя на ее реальное, «внешнее» существование.)

Случаи депрессий после утраты близких приводились выше, и мы не будем повторять их описания. Чувства, порожденные несчастьем, варьировали от невыносимого отчаяния (смерть детей) до более эгоцентрических, сопровождавшихся тревогой за собственное благополучие и судьбу семьи (в случае утраты кормильца). Психотравма в том и другом случае носила характер хронической и поддерживалась нарушенными отношениями в семье, предметами быта, принадлежавшими покойному (в случае его смерти), зрелищем его увечья или заболевания.

Б) бракоразводные депрессии и сутяжничество

Эти состояния также включали в себя широкий спектр переживаний: от безутешного горя по поводу ухода и потери любимого человека, страха физического и экономического одиночества до активных тяжб по поводу раздела имущества и квартиры; обычно оба эти «ингредиента» соприсутствовали в тех или иных пропорциях.

Набл. 190. Женщина 24 лет, русская; образование среднее, служащая, замужем, имеет ребенка. Всегда была впечатлительной, стеснительной, боялась общества, незнакомых людей, казалось, что на нее смотрят. Настроение легко падало – после незначительных неприятностей развивалась апатия, все делалось безразличным, «уходила в себя». Муж ее описан вкратце в набл.58: он замкнутый, уходит из дома и возвращается, не объясняя причин своих поступков. Вначале отношения с ним были хорошие, хотя он всегда был очень неразговорчив, была спокойной, довольной жизнью, в последнее же время стала очень нервной в связи с домашней ситуацией, появились тики. Все время ждет, останется ли он ночевать или нет, боится объясниться с ним окончательно. Выглядит подавленной, отрешенной, постоянно думает о семейных отношениях, но не приходит к какому-либо решению (С). Противоположность этому случаю – следующий.

Набл.191. Женщина 45 лет. Из крестьян Калужской области. Родители, братья и сестры – без особенностей в характере, все энергичные, уверенные в себе. Себя характеризует с детства общительной, бойкой, подвижной, хваткой. Училась средне, «как все» Работала после окончания 7-летки в колхозе, вышла замуж за солдата-москвича, переехала, когда ей было 25 лет, в столицу. Работала в регистратуре поликлиники, затем кондитером. Муж в последние 10 лет пьянствовал, пропивал вещи. Год назад развелась с ним, был суд, раздел имущества. В это время сильно нервничала, что вообще ей не свойственно: в молодости и в первые годы замужества была спокойная, уравновешенная. В течение полугода после развода – слабость, головокружения, сердцебиения, пониженное давление крови; врачи говорили о переутомлении, лечилась в дневном стационаре при фабрике. После развода постепенно становится спокойнее, испытывает облегчение от того, что ситуация разрешилась, но еще остается утомляемость, трудно справляться с прежней нагрузкой, пассивнее, чем была прежде. Чувствует, однако, что выздоравливает.

Встретила врача приветливо, в разговоре вполне доступна, без каких-либо особенностей в поведении. Физически – рослая, мышечного типа; соматических жалоб в настоящее время нет (С).

По ведущему синдрому состояние этой больной могло быть оценено как «неврастения», но во всех психогенных (или «невротических») случаях можно при желании найти и депрессию, и неврастению, и истерию, и психастению: едва ли не в каждом имеются еще и овладевающие представления, «навязчивые» мысли о сложившейся ситуации и т. д..

Случай, сходный с предыдущим:

Набл.192. Женщина 45 лет. Из крестьян Смоленской области. Родителей характеризует спокойными, «обычными». Сама тоже была в детстве спокойной, непритязательной, «незадумчивой», довольствовалась малым. В 15 лет переехала с семьей в Москву. После окончания 7 классов и вплоть до недавнего времени работала в торговле. Вышла замуж в 22 года, родила сына (оба описаны выше: муж в набл.167 в разделе алкоголизм, эпилептоидная психопатия, сын – в набл.105, олигофрения). Мужа перед браком почти не знала, послушалась совета родных, очень хотелось замуж. Его эгоизм и невнимательность к ней одно время сильно ее задевали, но после родов сосредоточилась на ребенке, стала меньше думать о муже. В последние годы тот начал пьянствовать, скандалить, драться, грозил убийством. В первое время очень боялась этих угроз, терпела его выходки, но затем поняла, что с ним можно бороться, обратилась в милицию. Развелась с ним полгода назад, думает теперь о разъезде. В эти годы, что прямо связывает с конфликтной домашней ситуацией и страхом перед пьяницей-мужем, стала «нервной», плачет «сама не зная отчего», появляется немотивированная тревога, беспричинно пугается, жалуется на «клубок в горле», расстроился сон, видит кошмарные сны. Мысли утратили подконтрольность, «лезут в голову», думается все время о чем-то неприятном, плачет: «обидно за себя». Постоянно зла на бывшего мужа – в последнее время это чувство скрашивается удовлетворением от того, что нашла на него управу. В физическом состоянии – артериальная гипотония (80/60 мм).

Полная, с крупным округлым лицом – легко, пятнами, краснеющим в ходе разговора. Говорит охотно, обстоятельно, с эмоциональным напором. Настроение в ходе беседы изменчиво, неустойчиво, следует за предметом разговора. Возбуждена, подвижна, отмечает, что разучилась отдыхать, не в состоянии посидеть и тогда, когда для этого есть время и возможность: словно ее кто-то подгоняет (С).

В) «неврозы» членов семей душевнобольных и алкоголиков

Таких случаев было много – в соответствии с большой распространенностью психической патологии; частично они описаны выше. Приведем «семейный» случай.

Набл. 193. Женщина 36 лет. Из русских Тамбовской области. О родителях не сообщает ничего примечательного. Кончила школу, квалифицированная рабочая на фабрике. Характеризуется веселой до беспечности, подвижная, любит приодеться и развлечься. Хорошая хозяйка: блюдет чистоту, порядок и нарядность жилища. В последнее время, в связи с постоянным пьянством мужа (набл.172), расстраивается, плачет, «злится», особенно негодует, когда тот пропивает вещи. Застал ее дома после того, как муж унес и продал ее плащ. Вся во власти связанных с этим переживаний, плакала перед приходом врача: лицо злое, с красными пятнами, «вспухшее». Скупо и неохотно раскрывает причину слез; в присутствии свекрови, с которой давно в натянутых отношениях, разражается возмущенными тирадами, объявляет о решении уйти из дома. Постепенно успокаивается, приходит в себя, иногда даже улыбается, говорит более разумно, что давно бы ушла, если бы не ребенок, у которого с отцом хорошие отношения. Мужа считает законченным пьяницей и не особенно винит его в этом, считая его пристрастие болезнью. Хуже настроена в отношении его матери, отличающейся тяжелым характером (набл.72). обе считают одна другую источником зла в семье. Вновь и вновь возвращается к пропаже плаща, думает, что будет носить осенью, сердится, ожесточается, плачет и т. д. (С).

Набл.194. Мальчик 11 лет, сын предыдущей женщины. Отец и бабка описаны выше. Рос и развивался правильно. По характеру тихий, малозаметный, послушный, во дворе достаточно общительный, к нему там хорошо относятся, не обижают. Учится средне. В последнее время очень расстраивается из-за пьянства отца. Никому не говорит об этом, но это видно по всему его виду и поведению: когда отец запивает, мальчик становится неразговорчив, подавлен, подолгу не засыпает, «лежит и о чем-то думает». Но если отец трезв – совершенно меняется, особенно любит гулять с ним: «счастлив», по словам матери (С).

(Отметим еще раз это «любит гулять с ним» – почти всегда скрывающее за собой желание, потребность показать сверстникам и соседям полноценность семьи – трезвого и заботливого отца в данном случае. Семейные коллизии, как известно, тяжелы не только сами по себе, непосредственным воздействием на участников домашней драмы, но и их откликом в ближнем и дальнем окружении, в общественном мнении, знающем всех и каждого – с неизбежной дискредитацией и снижением «рейтинга» всего семейства в целом. Дефилирование с выздоровевшим от пьянства отцом под окнами дома, перед сидящими во дворе соседями является в таких случаях средством социальной реабилитации, восстановления пошатнувшейся репутации.)

Вкратце аналогичные ситуации:

Набл. 195. Женщина 34 лет, русская, служащая со средним образованием, имеет двоих детей. Муж много лет пьянствует. И прежде отличалась вспыльчивостью, неуравновешенностью, но легко успокаивалась и на нервы не жаловалась. В последние годы, в связи с участившимся пьянством мужа, много нервничает, стала резко раздражительна, плаксива, жалуется на зуд, головные боли, сердцебиения и колотье в области сердца. Находят артериальную гипотонию, говорили о ревматизме сердца (?). В беседе, говоря о муже, легко волнуется, «кипятится», «выходит из себя», прекращает на время беседу, затем быстро успокаивается (С?).

Набл.196. Женщина 28 лет, русская, квалифицированная рабочая, имеет мужа и ребенка. Муж систематически пьянствует. Прежде отличалась неустойчивым, скорее – повышенным настроением и на «нервы» не жаловалась. В последний год, в связи с пьянством мужа и бракоразводной ситуацией, начала «психовать»: близкие слезы, «ком в горле», «за себя обидно» – все это усиливается, когда ее «жалеют». В беседе эмоционально лабильна, плачет, сердится – без достаточных оснований на то по ходу разговора (С?).

Набл.197. Девушка 18 лет. Кончила школу, начала работать на заводе. Живет в семье, где пьет отец. По характеру «серьезная», малообщительная. В последние 2 года, в связи с ежедневным пьянством отца и домашними скандалами, становится постоянно подавлена, раздражительна, все более замкнута, легко начинает плакать при домашних эксцессах, постоянно и навязчиво думает об отце, об уходе из дома, «не может его видеть». В беседе своих переживаний не раскрывает, плачет (С?).

Влияние повторяющихся семейных конфликтов на детей – особенно в случаях, когда они сопровождались телесной (и сексуальной?) агрессией, – может, по-видимому, «остаться на всю жизнь», стать отправной точкой формирования стойкого психосоматического синдрома с постоянной нервностью и возбудимостью, задержкой эмоционального созревания, фригидностью женщин.

Набл. 198. Женщина 24 лет. Мать терпеливая, спокойная, уравновешенная. Отец до войны также спокойный и семейственный; вернувшись инвалидом, начал пить, быстро спился, деградировал. Приводил домой хмельные компании, был, пьяный, жесток, придирчив, бил домашних, издевался над дочерью. Мать с ребенком не уходила, потому что «некуда» и еще потому, что, трезвый, он был «хороший» и «его было жалко». Обследуемая росла «забитой», запуганной, очень боялась пьяного отца, стыдилась его, постоянно «о нем помнила», «не могла никого позвать к себе», вздрагивала, «пугалась» не только дома, но и находясь в иных местах. Мать называет ее «с детства нервной»: у нее легко появлялась «нервная сыпь», от страха «делалась сама не своя», легко начинала плакать, тряслись руки.

Кончила 10-летку, работает в заводской лаборатории. Считает, что у нее до сих пор остались признаки детской нервности: по-прежнему чего-то «пугается», не уверена в себе, мнительна, с легко меняющимся настроением. В семейной жизни зависима от мужа, ревнует его, хотя сильного телесного влечения к нему не испытывает: боится более всего потерять семью.

Внешне – признаки психического инфантилизма, интонации детские – особенно когда жалуется. Все свои болезненные явления упорно связывает с пьянством отца: очень боялась его, на протяжении нескольких лет ходила домой с привычным страхом: не пьян ли – и это чувство осталось в ней и сегодня, когда «бояться уже некого» (С).

Все случаи этого рода касались до сих пор детей и женщин: это во многом связано с тем, что основными «возмутителями спокойствия» в выборке были мужчины, а женщины и дети – стороной страдательной, что не является, разумеется, абсолютным правилом. В нижеследующем наблюдении сходной депрессией страдает мужчина, на которого легла сейчас основная нагрузка в доме.

Набл.199. Мужчина 46 лет. Из крестьян Смоленской области. Родителей характеризует «спокойными». Сам в молодые годы также спокойный, уравновешенный, последовательный в поступках. После школы служил в армии, поступил там в институт, кончил его, работает инженером. Женился, в течение 20 лет живет с семьей жены Прежде был веселый, непритязательный, приветливый, участвовал в самодеятельности, любит до сих пор играть на домре и балалайке. В последние 5–6 лет в связи с болезнью жены и плохими жилищными условиями семьи (до недавнего времени семья жила вшестером в комнате 28 кв. м в перенаселенной коммунальной квартире) становится все более раздражителен, вспыльчив, часто сумрачен, чего раньше не бывало, нет прежней радости жизни. Продолжает жить интересами семьи, старается больше заработать, выполняет большую часть домашней работы. Лучше себя чувствует в отпуску. У жены после удаления легкого по поводу бронхоэктазий – астенодепрессивное состояние с ипохондрией.

В разговоре доступен, откровенен. Настроение снижено, пасмурен, объясняет это домашней обстановкой: должен обо всем думать, никто за него ничего не сделает, все в семье больные, подавленные, раздражительные (С).

В данном случае, помимо бытовых неурядиц, имеет, возможно, место явление психической индукции: на этого человека неблагоприятным образом влияет душевное состояние не только жены, развившееся после полостной операции, но и других членов семейства, также страдающих протрагированными депрессиями и описанных в разных разделах выше. Приведем случай жены, поскольку он, видимо, тоже относится к психогениям, хотя и другого свойства, а именно – «неврозов тяжелых соматических болезней» и специально – «послеоперационной ипохондрии». Полостные операции, как известно, производят на отдельных лиц совершенно «неизгладимое» впечатление, навсегда инвалидизируя их в их собственном представлении. В таких случаях, дифференцируя состояние с соматогенной астенией, необходимо, по-видимому, учитывать мнение больных, когда они устанавливают причинную связь между своим психическим состоянием и теми или иными «драматическими» событиями в ходе физического заболевания и его лечения: пункциями, неосторожными замечаниями врачей во время обследования, соседством тяжелых больных в палате и т. д.; в данном случае – это было хирургическое вмешательство, поразившее воображение этой женщины и «опрокинувшее» ее привычное существование.

Набл.200. Женщина 42 лет. Мать – крестьянка, характеризуется спокойной, несколько медлительной, с годами – более суетливой. Сама обследуемая – с детства спокойная, несколько флегматичная, ровная, пассивная. Ничем особенно не увлекалась, но была старательна и хорошо училась. Кончила 8 классов, работала кассиршей. С 22 лет больна бронхоэктатической болезнью, в последние 15 лет – на инвалидности 3-й и 2-й групп. Два года назад перенесла пульмонэктомию по поводу этого заболевания. Операции очень боялась, сильно волновалась перед ней. После нее никак не может прийти в себя и восстановиться, хотя физическое состояние врачами оценивается как удовлетворительное: переведена на 3-ю группу и работает кассиршей в облегченных условиях. После работы дома

ничего не делает, боится, что с ней что-то случится, если она будет перенапрягаться, постоянно говорит о том, что здоровье ее подорвано, что операцию, подобную той, какую сделали ей, производят только в особенно тяжелых случаях; часто возвращается в воспоминаниях к пред- и послеоперационному периоду. Ее «ничто не радует», вспыльчива, раздражительна, кричит на мужа и детей, потом безутешно плачет, надолго «выходит их колеи». Плохой аппетит, вялая, медлительная, плохо спит в последнее время.

Пасмурна, не проявляет интереса к беседе, безразлична к окружающему, прошла «тенью» мимо врача, ушла в другую комнату. Сведения о себе дала самые лаконичные, скудные (С).

В этом случае трудно утверждать категорически, исходя из одной клинической картины, в какой мере это депрессивное состояние остается собственно «невротическим» и в какой – оно «эндогенизировалось» или с самого начала включало в себя эндогенную составляющую. Врач-практик в таких случаях решает вопрос ex juvantibus, назначая лечение и оценивая его результаты: психотерапию и/или антидепрессанты, но и здесь альтернативно-дифференциальный подход носит, по-видимому, чересчур схематический характер: ближе к истине были, видимо, старые авторы, писавшие о совокупном действии различных по своей природе факторов и эквифинальности психической патологии.

Г) «невроз участников и жертв военных действий»

Война с ее экстремальными ситуациями и «запредельными» впечатления-Ми и переживаниями в той или иной мере задела всех лиц нашей выборки, относившихся к зрелому и пожилому возрасту. Мы уже описывали параноид оккупации (набл.113). Напомним также страхи бомбежек у больных с вялотекущей шизофренией, стигматизированной эпилептоидией (набл.4, 13). Было еще большое число лиц, отмечавших, что после войны, принимали ли они участие в военных действиях или жили в тылу, они в той или иной мере изменились – особенно после утраты в войну близких или в результате иных бед и лишений. Изменения эти держались какое-то время и после войны, затем стирались, уменьшались в интенсивности, но до конца не проходили и, что примечательно, вновь оживали в старости, с развитием церебрального атеросклероза: как если бы с присоединением последнего ослабевали «защитные возможности» психики, до того маскирующие, «списывающие в архив» психогенное, аффективное и вегетативное, страдание, отчего оно снова выходило из небытия наружу. И здесь особенно яркими симптомы были при наличии тех или иных симптомов «невропатической конституции»: она придавала жалобам яркость, экспрессию, но содержание переживаний всецело определялось травмирующей ситуацией.

Набл.201. Мужчина 66 лет. Белорус. О родителях, братьях и сестрах говорит, что они все были спокойные, прилежные, нетребовательные. До 26 лет жил в деревне, затем переехал в Москву, устроился на завод Характеризуется до войны спокойным, уравновешенным, физически крепким. Не пил и не курил, был примерным семьянином, совестливым, чувствительным, любил мечтать о будущем детей. Был на фронте с 1941 по 1944 год, демобилизовался после ранения в грудную клетку, дважды оперирован. Во время боев испытывал непрерывное чувство тревоги и страха, которое пересиливал, но не мог преодолеть в себе окончательно. Со временем это чувство не притуплялось и не ослабевало: не мог привыкнуть к опасности. Ухудшение состояния – после демобилизации и особенно – после второй операции в тылу: «нервы совсем расшатались», перестал сдерживаться, прилюдно кричал и плакал. Работал мастером в цеху, сильно нервничал из-за разного рода служебных неприятностей, дома – из-за скученности, тесноты; сильно «расстраивался» из-за того, что сын рос непослушным, «хулиганил». Во время «расстройств» «всего разлагало», трясся, испытывал чувство отчаяния.

В 1956–60 гг. наступило некоторое улучшение: стал спокойнее, хотя оставался пессимистичным, «угасшим», смотрел на жизнь как на неудавшуюся, постоянно тяготился

квартирными условиями. Новое ухудшение – в последние годы, когда появились прежде ему не свойственные головные боли, головокружения, постарел физически Вновь, как когда-то, стал несдержан, плачет навзрыд, постоянно возвращается к тому, что жизнь «загублена». Если по телевизору показывают фильмы на военные темы, начинает рыдать, трястись, охватывается беспричинным отчаянием, тоскливым возбуждением.

В разговоре жалуется, что нет здоровья, что квартиру получили слишком поздно, когда она уже не может ни вылечить, ни утешить, – начинает говорить об этом при первом же появлении врача, еще не разобравшись в цели его визита. Ипохондричен, подавлен, в течение всей беседы готов плакать и жаловаться. По словам родных «после войны всегда такой», только одно время был лучше (С).

(Эти истории болезни читала в свое время – то есть 30 лет назад – проф. В. Н. Фаворина. Квалифицированный психиатр, она понимала и принимала очень многое, но не диагнозы «неврозов», то есть психогений, и хронических – в особенности. У нее было мало замечаний к остальному тексту, но описания, относящиеся к последней теме, были буквально испещрены пометками. В частности, в отношении этой истории на полях значилось: «Здесь, наверно, по характеру психических расстройств, были также и контузии: они часто не фиксируются в документах, когда есть другие тяжелые ранения». Поскольку в других случаях ее замечания носили сходный характер и такое возражение высказывалось тогда не только ею, я беру на себя смелость утверждать, что Виолетта Николаевна, равно как и ее кафедра, не верила (во всяком случае, в то время), что сами по себе тяжелые переживания, даже связанные с войной, могут быть причиной стойких психических расстройств: необходима еще и взрывная волна или чтоб по голове как-то иначе ударили. Между тем сходство с травматической энцефалопатией здесь самое незначительное – состояние похоже скорее на «конституциональную органическую невропатию», но хронологическая связь событий и содержание переживаний указывают на причинную и формообразующую роль психогенного фактора, без которого не было бы и самого состояния и который, пользуясь языком улицы, «расшатал нервную систему» этого человека.) Подобный случай вкратце.

Набл.202. Мужчина 62 лет, русский, квалифицированный рабочий, семейный. Характеризуется в молодости спокойным, положительным, но «трусливым». Партийный. В войну сделался нервным, раздражительным, очень боялся бомбежек. Спасался от них бегством, прятался в подвал при малейшей опасности (часто воображаемой), был вынужден в конце концов бросить завод и уехать в деревню. От службы в армии был по какой-то причине освобожден. После войны стал спокойнее, работал на заводе, был исполнителен, образцово-послушен. В последние годы вновь меняется в характере: стал раздражителен, нервничает – особенно в отношениях с детьми, поучает их, недоволен тем, что его не слушаются. Пасмурен, малообщителен, неразговорчив. О своих страхах в войну говорит доступно и обстоятельно – как о вполне естественном явлении, не видит в них ничего предосудительного (С?).

И здесь очевидна конституциональная почва страдания: эпилептоидия с вегетативной и аффективной лабильностью, повышенная «пугливость» и впечатлительность. Содержание переживаний между тем – общечеловечно и потому понятно. Фуги страха выглядят как индивидуальные реакции и психопатические «срывы», но подобные состояния возможны и как массовый феномен при землетрясениях, когда они как бы санкционируются толпой, ведущей себя совершенно сходным образом. Психогении, подобные описанным выше, «бросающиеся в глаза» в массовых обследованиях, – это, по-видимому, всякий раз некие эндопсихогенные гибриды, предполагающие взаимодействие средовых и личностных факторов: у всех прочих лиц те же реакции лишь менее заметны, поскольку подавляются окружением. (Впрочем, в психогениях мы видим лишь их внешнюю сторону, аффективную и поведенческую составляющие, но вегетативное напряжение и наступающая в связи с этим перестройка нами не фиксируются, остаются «за занавесом». У нас сгорела дача. Мой отец, очень ею дороживший, все удивлялся тому, как легко он воспринял и переносит

случившееся, но через полгода он, до того достаточно здоровый человек, умер от повторных инсультов. Что происходило у него в мозгу, в его вегетативных центрах на фоне этого, его самого удивившего, бесстрастия, можно было потом только догадываться.)

Д) «паранойя лиц подвергшихся репрессиям»

К концу обследования я научился распознавать людей, побывавших в заключении. Они вели себя иначе, чем другие. Может быть, сама обстановка неожиданного визита врача, его необычные расспросы вызывали у них невольные и сохраняющие над ними власть воспоминания: они «внутренне подбирались», настораживались, умолкали, начинали глядеть на вторгшегося на их тер-229риторию обследователя с особого рода скрытностью – с любопытством заключенного, остерегающегося задавать встречные вопросы. В последующем, разобравшись в ситуации, они обретали внутреннюю свободу, но до выяснения обстоятельств чувствовали себя «под увеличительным стеклом», «взятыми на заметку». Поведение это носило характер бессознательного и привычного стереотипа, что для психиатра, позволим себе повториться, вдвойне важно, так как свидетельствует об «органичности» приобретенных личностных расстройств, о том, что они «вошли в плоть и кровь» данного индивида, стали составной частью его личности. Переживания, связанные с задержанием, следствием, вероятными побоями, затем пребыванием в зоне, настолько утверждались и укоренялись в сознании, так глубоко врастали в него, что следы их оживали «сами собой» и проявлялись специфическим поведением всякий раз, когда обстановка начинала напоминать им перенесенное.

Последствия эти не ограничивались такой «следовой реакцией» – они в какой-то мере определяли всю последующую жизнь лиц, отбывших срок заключения. Эти люди «инстинктивно» придерживались определенных и достаточно узких житейских рамок, не любили перемен, избегали (если действительно не хотели попадать снова в поле зрения правоохранительных органов) ситуаций, где им могли напомнить и вменить в вину их судимость: уклонялись от ссор, конфликтов, были подчеркнуто лояльны в отношениях с окружающими. (Таков мужчина, описанный в наблюдении 49. Случай этот отнесен к эндогенно обусловленным, к шизоидии с протрагированной депрессией и симптоматическим пьянством, но, во-первых, лагерный период и у него остался на всю жизнь в памяти, и, возможно, в нем – бессознательная причина образцовости его поведения в нетрезвом состоянии, и, во-вторых, какова роль подобных психотравм в раннем развитии субдепрессии у шизоидов, тоже никому в точности не известно.)

Ниже случай, где «паранойя невинного узника» заполнила собой всю сознательную жизнь человека, пострадавшего от репрессии дважды: от нее самой и от ее психических последствий.

Набл.203. Мужчина 74 лет. Из крестьян Московской области. Отец молчаливый, суровый, у него были редкие запои, во время которых он был «буен»; умер в 60 лет от рака. Мать побаивалась отца и во всем ему уступала, но с другими держалась независимо, была упряма, настойчива, хорошо вела хозяйство.

Сам обследуемый называет себя по характеру миролюбивым, старался ладить с детьми и потом – взрослыми, руководствовался правилом: «первый никогда не трону» – но если «устраивали пакость», то непременно мстил и не успокаивался, пока не добивался своего. Кончил 4 класса сельской школы, был на фронте в 1915–19 гг., ранен не был. С 32 лет работает шофером. Работал «в свое удовольствие», был примерным мужем, дорожил семейным спокойствием. Не пил и не курил, любил охоту, собак. Жена характеризует его в ту пору уравновешенным и спокойным.

В 42 года был незаконно репрессирован (работал водителем в центральном учреждении, где «все были арестованы»). Пребывание в следственной тюрьме и потом 2 года – в лагере в корне его изменили. Жена увидела его через 4 года (его направили на фронт вместе с частью заключенных) – он был замкнут, никому не доверял, постоянно возвращался

в мыслях к прошлому. Только к жене не изменил отношения, от всех же приятелей отошел – «не стало друзей», сделался подозрителен, боялся подвоха, провокации. 3 года был на фронте. Вернулся раздражительным и вспыльчивым: выводили из себя резкие звуки, стук, громкий разговор. В последующем стал спокойнее, но при упоминании о лагере немедленно «уходил в себя», делался подавлен, неприветлив, заметно волновался. Работал автомехаником в гараже. Нес общественные нагрузки, его уважали сотрудники, но в общении с людьми был сдержан и формален, по-прежнему боялся сказать лишнее.

В последние годы на пенсии. Первое время был еще бодрым, подвижным, ничем не болел, председательствовал в домовом комитете. В последние 3 года жалуется на слабость, утомляемость, головные боли и головокружения, сильно ослабела память, забывает, о чем только что говорил, записывает, что нужно сделать, купить. Часто «расстраивается» и «выходит из себя» – при этом краснеет, дрожат руки, голос «осекается». В последние годы находят повышенное давление крови.

Пикнического сложения, атеросклеротический габитус. В беседе легко начинает волноваться, речь прерывается, уступает разговор жене. На упоминание о лагере отвечает особым образом, начинает говорить с озлобленностью и чувством страха, до сих пор под впечатлением сцен в следственной тюрьме. Скупо дает понять, что дал подписку о неразглашении тайн следствия и заключения и говорить о нем не может (С).

[В экземпляре незащищенной диссертации случай был расценен как паранойяльное развитие – Фаворина написала на полях: «Почему паранойяльное развитие?» Имелось в виду, что паранойяльные развития вообще невозможны – это всегда фаза предрасположенного к тому психопата. Но как еще назвать состояние человека, который после тяжелейшей психотравмы с изъятием из привычной жизни и длительной изоляцией делается (и это прежде было ему не свойственно) мелочно подозрителен: видит в словах и действиях окружающих подвох, возможную провокацию, отдаляется от товарищей, включая самых близких, переходит к формальным, «официальным», лишенным тепла и близости отношениям с людьми, делает исключение только для жены, живет всю оставшуюся жизнь как бы у всех на виду и, находясь уже в преклонном возрасте, все еще боится легендарной и, как теперь выяснилось, лишенной законности «расписки о неразглашении». Такими параноиками тогда была половина населения страны. Этот массовый феномен не был замечен в свое время психиатрами и ясно – почему, но зачем вводить в заблуждение молодого доктора?

«Обратная сторона» пассивной паранойи репрессированных – активная паранойя лиц, так или иначе связанных с аппаратом преследования: тюремщиков, осведомителей, штатных и внештатных сотрудников органов безопасности. Их я, кажется, тоже научился распознавать и угадывать к концу исследования. И у них отличительной чертой, накладывающей мощный отпечаток на всю психику, была определенного рода настороженность – уже не защитного, а наступательного, агрессивного свойства. В условиях массового обследования, когда они попадали под пресс врача-психиатра, приравнивавшего их во всех отношениях ко всем прочим, не делающего для них столь важного для них исключения, в них все начинало бунтовать: тряслись сами основы их существования. Их подозрительность просыпалась уже при первом появлении врача: имеет ли он право на обход квартир, есть ли у него надлежащим образом оформленное разрешение на обследование, т. е. снабженное фотографией и завизированное районным отделом КГБ (у меня такой бумаги не было), что за вопросы он задает и не шпион ли он, в конце концов, как утверждала одна из больных, описанных выше (набл.10). Она была конечно больна шизофренией, но работала, между прочим, все в той же, тогда всесильной и всеведущей организации. Люди ее клана не могли отнестись к происходящему с позиций частного лица, которому в глубине души все равно, чем занимается врач (и они забывали о нем, едва он покидал их жилище), – нет, эти не мыслили себя иначе как винтиком государственной машины, которая все должна знать, быть начеку, сохранять бдительность. Трудно сказать поэтому, кто был «больнее», жертвы или их гонители. Может быть, вторая категория была в каком-то отношении хуже и безнадежнее,

отдыха от своей карающей и надзирающей миссии она, кажется, не знала вовсе. Если страдающий психогенным страхом преследования мог забыть о нем хотя бы в общении с женой или с сокамерниками, то *у* них подозрительная бдительность никогда не дремала, всегда была готова выплеснуться наружу и словно срослась с их безнадежно деформированной психикой, исключений из своих жестких правил они ни для кого не делали: у них и взгляд был особенный: ищущий, неодобрительный, прокурорский – будто они и вправду могли каждую минуту выписать на вас ордер об аресте. У них, стало быть, тоже была мания преследования, но понимаемая иначе – как мания погони: подобно пиромании (влечение к поджогам), пориомании (страсть бродяжничать) и т. д..

Аналогичный «дуплет» активной и пассивной формы наблюдается, как известно, и при «неврозах военного времени». Мы представили в нашем материале только лиц, явившихся жертвами войны и связанных с нею катастроф и бедствий, но существует и другая ипостась синдрома, то, что можно назвать «неврозом наемного убийцы» – следствие жестокости, неизбежно сопутствующей этой форме человеческого существования. Если в Отечественную войну преобладал первый вариант, то в гражданских войнах: «афганском» и затем «чеченском» синдроме – второй: невозможность приспособиться к мирной жизни после вольных или невольных зверств, чинимых в ходе боевых действий в условиях партизанского сопротивления. К нашей работе это не имеет, к счастью, прямого отношения – мы занимались в ней куда более заурядными «войнами» и конфликтами.

Е) сутяжничество коммунальных квартир

Квартирные конфликты относятся к групповым формам поведения, нуждающимся в специфичных методах исследования: это патология общественная, сугубо социальная. Строго говоря, любая психогения может быть отнесена к массовой патологии: не только в том смысле, что одна и та же картина одинаково повторяется у многих, но еще более в том, что образующие ее симптомы являются в то же время коллективной формой защиты, обороны, ухода от ситуации и т. д. – это поведенческие «рефлексы» и «инстинкты» надындивидуальных сообществ.

Вначале о масштабах «коммунальной проблемы» (применительно ко времени исследования). Из обследованных нами 87 квартир 41 была общей и в них жили 254 человека. В 15 из них была вполне добрососедская атмосфера, предполагающая взаимопомощь и общую благожелательность, расширяющая круг близкого, почти родственного общения. В 19 (115 чел.) была обстановка скрытой вражды, выплескивающейся в открытые ссоры и противостояние, но чаще ограничивающейся рамками натянутых приличий, – ни о каких преимуществах взаимополезного сотрудничества здесь не могло быть и речи. Промежуточные, нейтральные варианты были нехарактерны: либо уж дружба, либо нечто прямо ей противоположное. Всего жаловались на плохих соседей и в той или иной мере связывали с ними свои расстройства (включая «умеренно-конфликтные» квартиры) 67 человек старше 17 лет, или около пятой части лиц этого возраста; более молодым такие жалобы не были свойственны. Истинными рассадниками психической заразы можно было считать 7 квартир (39 чел.), где коммунальные конфликты достигали уровня, требующего вмешательства товарищеских судов и милиции. В 6 из таких «осиных гнезд» зачинщиками скандалов, виновниками постоянных конфликтов, были лица с выраженными личностными отклонениями: в 5 – тяжелые психопаты с расторможением влечений, в одном – вялотекущая психопатоподобная шизофрения у одного из соседей и травматическое слабоумие у другого. «Квартирный невроз» в чистом виде наблюдался, естественно, не у самих этих лиц, а v их соседей и сожителей. И этот синдром психиатрами, кажется, не описан, хотя по частоте распространения он (во всяком случае тогда) был одним из первых

«Невроз квартирной склоки» похож на «невроз участников боевых действий» – в том отношении, что и он тоже существует в активной и пассивной ипостасях, но обычно

сплавлены здесь в двуединое и двуликое целое. От страдательной стороны тут – переживания, связанные с нападением «противника», оккупацией им мест общего пользования, его моральным давлением и физическими нападками; от агрессивной – собственная «разоблачительная», кверулирующая, восстанавливающая справедливость деятельность, контратаки и самозащита. Квартирный конфликт – это вообще война в малом объеме и камерном исполнении. Ее корни и первопричины теряются в незапамятном прошлом, забываются, но в конечном итоге – это обычно результат несовместимости мировоззрений и укладов жизни враждующих сторон: горожанин воюет с недавним сельским жителем, эпилептоид – с шизоидом, представитель «правящего» класса – с «нижестоящим», обычно уступающим ему, но время от времени наверстывающим свое и бунтующим; неизбежно фигурировали здесь и вечные «национальные» вопросы.

Война, как ей и положено, ведется за территории, а именно – за места общего пользования, которые разделить трудно или просто невозможно. Кухни в какой-то мере разграничены: у каждого есть свой стол, стул, шкафчик и прилегающий к ним отрезок пола, владение которым освящено традицией; ванна и туалет делятся не территориально, а по времени пользования (сильнейший занимает их раньше и дольше слабейшего). Горячей точкой квартиры является чаще всего прихожая, не делимая ни территориально, ни хронометрически. Дипломатические перебранки совершаются на общей кухне, служащей своеобразным форумом для враждующих сторон, физические стычки – на нейтральной полосе коридора, становящейся на это время ареной противостояния. Существуют закономерные послабления и приостановки военных действий, связанные с часами суток, днями недели и годовым календарем: наименее опасны дневное время и общенародные праздники, когда заключается безмолвное перемирие; наиболее чреват агрессией, кажется, воскресный вечер, который в общем сознании отождествляется с началом следующей трудовой недели (как если бы мы до сих пор считали дни от восхода солнца до его заката). Все эти обстоятельства имеют существенное значение, потому что речь идет о коллективной патологии, подчиняющейся территориальным и временным законам социума (эндогенный больной если и связан с временем, то напрямую с космосом – через фазы луны, годичный цикл или колебания солнечной радиации).

Воюющие стороны, помимо того что враждуют между собой лично, стараются расширить состав участников конфликта, завербовать максимальное число союзников и сочувствующих. В этом смысл и причина постоянно и повсеместно распространяемой «правды» о происходящих событиях – всякого рода клеветы, преувеличений и выдумок о кознях и происках противника, которого, в согласии с господствующей моралью, «защитники Мира» представляют наступательной стороной, агрессором. Впрочем, люди, одержимые квартирными дрязгами, говорят о них и там, где это «нужно» и где – совершенно неуместно и даже для них вредно. Психотерапевт посчитает, что таким образом они «облегчают душу», разгружают ее от избыточ-233ных эмоций – для традиционного психиатра эта неистощимая «пропагандистская», «кверулянтская» и пр. деятельность свидетельствует о тенденции сверхценных идей к генерализации – это овладевающие представления старых авторов, которые тем более витальны и всесильны, что исходно связаны с таким властным биологическим императивом, как инстинкт собственной территории.

(Характерно, что не было квартир, где отношения между соседями расценивались как нейтральные – они были или товарищескими или скрыто и явно враждебными: последнее – в зависимости от степени «культурности» противостоящих друг другу сил. Но были и «хорошие» коммунальные квартиры, оставлявшие добрую память и даже – ностальгическое сожаление у некоторых: более всего вспоминались почти деревенские «посиделки» на кухне, рассказы до глубокой ночи, взаимопомощь и поддержка. В таких квартирах царил, по-видимому, феномен «расширенного» семейства – сообщества, идущего из очень старых общественных укладов: здесь, как правило, жили люди, недавно прибывшие из деревни. Молодежь, как было сказано, в конфликты взрослых не вступала, но происходило это не в

силу ее большей, в сравнении с ними, зрелостью, терпимостью и благовоспитанностью, а лишь потому, что истинный дом подростка не под родительской крышей, где он только ест и ночует, а на улице, где его компании сходным или еще более воинственным образом враждовали с другими дворовыми шайками – такими же, как его собственная, но выросшими на соседнем дворе или улице.)

Ж) «невроз большого города»

В западной психиатрической литературе можно найти статьи о так называемой шизофренизации населения больших городов, обитатели которых, сравнительно с малыми городками или сельской местностью, делаются все более отчуждены друг от друга, эмоционально тускнеют, становятся менее общительны, более расположены к подмене «истинных жизненных ценностей» фетишами социального успеха и благополучия, к стереотипизации форм существования и т. д. (Любопытно: если верить Эзопу, подобные разговоры ведутся с самых древних времен, когда города вряд ли превышали по величине, шумности и скоплению людей нынешние.) Проверить эту гипотезу, находясь в черте столицы, кажется, невозможно: оставаясь в пределах той или иной общности, нельзя определить ее существенные признаки – это можно сделать, лишь выйдя из нее и сопоставив ее с другой и качественно иной группой. Но кое-что осуществимо все-таки и здесь: благодаря разнородности населения большого города и разных сроков миграции. Я, собственно, не задавался этой целью – пока не остановил внимания на четырех лицах (все сплошь – молодые мужчины), которые показались мне среди прочих особенно (или даже единственно) здоровыми – неким эталоном психического благополучия, которого я в столь чистом виде ни у кого больше не видел. Эти люди были приезжими и перебрались в Москву за год-два до моего освидетельствования. Они отличались от москвичей свежестью, бодростью, живостью, уверенностью в себе, улыбчивой самонадеянностью – словом, «провинциальностью». Психиатрических сведений о себе они почти не сообщали или делали это самым легкомысленным и поверхностным образом, ни к чему себя не принуждая и не обязывая. Им и в голову не приходило жаловаться на свои психические недуги – их, собственно, у них не было, да они и само слово «психика» вряд ли часто употребляли (за ненадобностью) и в любом случае не испытывали потребности говорить об этом предмете, склонные скорее шутить с врачом, чем всерьез обсуждать с ним свое самочувствие или состояние умов населения.

Может быть, я бы и не обратил на все это внимания, но случилось 1ак, что среди работы я поехал в Клин: собирать сведения об одном заинтересовавшем меня и уехавшем туда члене выборки. Помню, что уже в автобусе я был поражен бросившимся мне в глаза отличием тамошних жителей от московских, чего бы я, может быть, не заметил, если бы не тогдашние мои интересы и занятия. Люди были здесь заметно раскрепощены в сравнении с москвичами: они переговаривались через автобус со знакомыми, которые были здесь у каждого, передавали друг другу подлежащие огласке новости, болтали с непринужденным видом, поддерживали местный этикет, как бы играли некую сцену из создаваемой на ходу комедии. На всем лежал колорит простодушного лукавства и некой дозированной, искусно отмеренной, почти «светской» экстравертированности, которая была скорее здешним кодексом поведения, чем настоящей доступностью и открытостью. Я представил себе в этот момент московские метро и автобусы: с усталостью и терпеливой выдержкой пассажиров – вспомнил, как мои подопечные с первых минут знакомства, «с места в карьер» начинали жаловаться на «нервы», на психику, на поведение и причуды: свои, детей, соседей – и решил, что жизнь в большом городе, видимо, и вправду меняет если не психику людей, то их групповое поведение, хотя утверждать это на таком небольшом материале и на основе столь косвенных и случайных данных, как поездки в московском метро и в клинском автобусе, я не вправе и делать этого не буду.

Два следующих чересчур кратких наблюдения могут в какой-то мере

проиллюстрировать проблему, представить ее в лицах. В обоих случаях имела место «реакция несовместимости», «отторжения», депрессия «утраты корней», описываемая у лиц переселившихся в столицу из села или небольшого города. Речь идет о сестрах, приехавших в столицу после замужества старшей:

Набл.204. Женщина 22 лет, русская, из Тульской области. По характеру веселая, общительная, непосредственная: «люблю компании». Переехала в Москву 3 недели назад с мужем. В Москве жить не хочет, намерена уехать отсюда, говорит сестре по поводу возможного распада семьи: «Если захочет, приедет сам». Мужу такого решения пока не объявляла, но намекала на его возможность. Депрессивной не выглядит, держится бодро, но, по словам сестры, не уверена в себе и одолеваема сомнениями.

Набл.205. Девушка 20 лет, сестра последней. Переехала с ней в Москву. Характеризуется также разбитной, веселой. В столице тоже «ничто не нравится»: люди, прохожие, соседи – все «не свое, чужое», «дома всех знала, здесь никого не понимаю, не чувствую», «народ сухой, неотзывчивый». Жалеет сестру, предлагает ей подождать с решением, сама тоже не решила еще окончательно, но «душа к Москве не лежит» – Думает, что жить здесь не будет.

Труднодифференцируемые «минимальные» психопатические состояния

Сюда отнесены еще более стертые и трудно идентифицируемые состояния астении, нервности, аморфной и клинически скудной «психопатичности». Во всех этих случаях речь шла о «минимальной», неразвернутой патологии, существующей в виде «отдельных психопатических черт», начальных расстройств психопате- и неврозоподобного уровня. Обычно в анамнезе таких лиц имелась некоторая самая общая и неразвернутая психопатическая предрасположенность, отягчавшаяся в последующем соматическим или ситуационным неблагополучием: обычные факторы психических болезней здесь, иначе говоря, наличествовали и сказывались на общем состоянии обследуемых, но были, каждый по отдельности, не столь явными, как в расстройствах, относимых к эндо-, экзо- и психогениям, и действовали совокупно, суммарно, взаимодополняющим образом. Едва ли не все лица этой группы по тяжести или, вернее, легкости состояния отнесены к категории «Д», что не означает, что они вовсе лишены интереса для психиатров. Взятые в отдельности, они, может быть, и в самом деле таковы, но вся «минимальная» патология вкупе не менее важна, чем явные и острые болезни: без тех и других в равной мере не выстраивается единая картина психической болезненности населения.

В ряду психопатия – норма можно отметить вполне характерные и существенные для пограничной психиатрии закономерности. В этом континууме психопатические состояния, следующие «непосредственно после» вялых и латентных форм эндогенных психозов, отличаются особенным богатством клиники: психопатология здесь оказывает постоянное и всестороннее воздействие на жизнь «психопата» и так или иначе детерминирует его биографию. Свидетели описывают ее полно, картинно и красочно: она меняется во времени, претерпевает разного рода метаморфозы, накладывает мощный отпечаток на все, даже самые ординарные поступки и чувства своего носителя. Но чем дальше в названном ряду от процессуальных состояний, тем бледнее, однообразнее, призрачнее, прозрачнее ткань психопатии, тем более она сужается, ограничивается в своих проявлениях критическими периодами жизни и «стрессовыми» обстоятельствами, тем беднее, элементарнее даже кризисные ее проявления, сводящиеся к нервности, раздражительности, вспыльчивости, – психопатия здесь стремится к своему пределу и уничтожению через оскудение симптомов и единообразие в бедности. Отобрать в этом совершенно аморфном, расплывчатом материале случаи, более других «интересующие» психиатра, не представляется ни возможным, ни целесообразным. Здесь и вправду уместнее измерение тех или иных характеропатических

черт: нервности, тревожности, вспыльчивости и т. д. – неким инструментом типа количественных шкал или градуированных «психометров». Само по себе это разложение феноменологически богатой, самодостаточной и замкнутой в себе психопатии на единообразные, повторяющиеся «нервные» проявления, ее клиническое «вырождение», таит в себе важный момент: здесь, по-видимому, скрывается антитеза генетической детерминированности и средового формирования характера и – соответствующая ей, но обратная – пропорция бедности и богатства клиники. Повторяющиеся от случая к случаю скудные описания таких «вырожденных» психопатов идут не от обследователя и не от его «информантов». Даже хорошие рассказчики теряют здесь красноречие и отделываются бледными, из случая в случай повторяющимися определениями вроде: «вспыльчивый, но отходчивый», «нервный, но в остальном нормальный», «скрытная, но ничего больше» и т. д. – т. е. сам язык, лучший знаток душевной патологии и объективный исследователь психики, здесь тускнеет, теряет гибкость и красочность, что означает, что беднеет и обезличивается сам предмет изображения.

Если попытаться все же навести хоть какой-нибудь порядок в этой сборной и аморфной массе патологии, то в ней могут быть выделены группы, одну из которых можно условно назвать:

1) редуцированные психопатии. В таких случаях, как было уже сказано, психопатии как целостного образования нет, а есть «отдельные психопатические черты характера», иногда даже собирающиеся в некое подобие психопатического «пучка», но остающиеся бледными тенями психопатий, или, если угодно, более или менее «акцентуированными» личностями. И здесь, конечно, никаких четких границ между «крайностями» не прослеживалось и некоторые из описанных ниже лиц были, возможно, близки к описанным выше. Чтобы не быть голословными, приведем примеры.

Из случаев относительно близких к психопатиям:

Набл.206. Девушка 17 лет. Родители глухонемые, сама без дефектов речи и слуха. Отличалась неспокойным характером, нервностью, везде хотела быть первой, сказать последнее слово. В беседе производит впечатление хладнокровной, эгоцентричной (Д).

Набл.207. Девушка 21 года. Всегда была капризной, претенциозной. Со старших классов начала «лениться», «тянуло погулять». Три раза поступала на факультет журналистики. Работает лаборанткой, к работе относится халатно, «спустя рукава». Дома довольно бесцеремонна, выпроваживает отца на кухню, если ей нужна комната, всегда берет себе лучшие куски. Декларирует свою любовь к Маяковскому: в ее комнате висят его портреты (Д).

Набл.208. Юноша 20 лет. До 14–15 лет был нервный, впечатлительный, обидчивый, долго боялся учителей. Когда кончал школу, то словно отомстил за давний страх: поссорился со многими из педагогов. Теперь увереннее в себе, но многим недоволен: не нравится институт, раздражают родители. Выглядит довольно пасмурным, «надутым» (Д?).

(Описана половина членов выборки.)

Набл.209 Женщина 28 лет. В молодости как будто бы ничем не отличалась. Сейчас беременна, страдает ранним токсикозом. Изменилась в это время: препирается по любому поводу, доказывает свое, судит безапелляционно и тенденциозно, легко делается враждебна к родным, озлобляется. Те относят эти перемены за счет ее болезни и стараются не перечить ей, но она может, по их словам, «довести кого угодно до белого каления» (Д?).

Этот случай клинически близок к психопатическим, но, учитывая благополучный анамнез и акушерскую конъюнктуру, можно думать, что в данном случае имеется соматогенная патология – преходящая психопатия беременных (наследственно к этому предрасположенных?).

Набл.210. Женщина 46 лет. Муж – душевнобольной, описан в набл.13 (психопатоподобная шизофрения?); дома описанная выше тяжелая обстановка. Работает уборщицей, имеет двух дочерей от предыдущего брака. Крикливая, «злая», при муже умолкает, подчиняется ему, но и с ним в конце концов ссорится. В суждениях своих

примитивна, говорит односложно, неразвернутыми фразами, ожесточается в ходе беседы, обрывает ее (С?).

Набл.211. Ее дочь 21 года. Худая – хочет, но не может поправиться. Отличается бесцеремонностью, резкостью, «говорит что думает», часто грубит. Работает на заводе. Разговаривать с врачом не хочет, отвечает односложно, неохотно, стыдится домашней обстановки (С?). *Набл.212.* Женщина 32 лет. Врач. С детства отличалась флегматичностью. Склонна к научной работе. «Не переносит» алкоголиков, «не любит», когда громко смеются, – вообще многого не любит и не скрывает этого, разборчива в общении. Внешне – легкий оттенок манерности в движениях и во всем облике (Д).

Нетрудно заметить, что на первом плане во всех этих случаях – общий и неспецифичный синдром раздражительной слабости, конституциональной «нервности», усиливающийся неблагополучными внешними или соматическими обстоятельствами. Мы пытались развернуть эти беглые характеристики в более детальные и объемные описания, но нам это не удавалось – в лучшем случае добавлялись банальные иллюстрации к уже сказанному, «примеры», которые не прибавляли ничего нового к односложным определениям. Поведение их было вполне конформно и не давало повода для разговоров. (Впрочем, всякий раз приходится делать оговорки относительно того, что в тех или иных отдельных случаях такая «поверхностность», «неразвернутость» клинической картины могла быть и следствием недостаточности собранных сведений, скудости их источников.)

В следующих наблюдениях «психопатичность» еще более «скомпенсирована», выглядит случайной чертой характера в остальном вполне здорового человека: *Набл.213.* Женщина 42 лет. Начальница отдела кадров. Преуспевает на работе, дома властная, распорядительная, рационально мыслящая. Отношения в семье вполне благополучные, муж ей уступает в мелочах, в крупных делах она с ним все-таки советуется. Выглядит несколько мужеподобно (Д).

Набл.214. Юноша 23 лет. Характеризуется черствым, избирательно общительным, неприветливым, немногословным. Впечатление от беседы подтверждает эту характеристику (Д).

Набл.215. Мужчина 31 года. Характеризуется замкнутым, малообщительным, не тяготится отсутствием знакомств, друзей, пунктуальный, формальный, внешне «угловатый». Работает техником, на работе отношения вполне удовлетворительные (Д).

Набл.216. Юноша 22 лет. С детства неразговорчив, замкнут, чересчур спокоен Много читает, готовится в институт (работая на заводе), хочет во что бы то ни стало учиться дальше (Д).

Набл.217. Мальчик 5 лет. Дома боек, капризен, «избалован», на улице одинок, держится в отдалении от детей, ждет, когда бабушка пойдет домой (Д).

Набл.218. Его брат, 17 лет. Флегматичен, малообщителен, энтузиаст биологического кружка (Д).

Набл.219. Юноша 22 лет. Упрямый: по словам родителей, если чего-то захочет, то непременно добьется этого. Увлекается фотографией; всегда был малообщителен, приятели на втором плане, на первом – увлечения (Д). Случай общего инфантилизма:

Набл.220. Мальчик 15 лет. Незрелый внешне, играет с детьми младше себя, впечатлительный, слезливый. То же было до 18 лет у дяди по матери, но затем он «выправился» (Д).

2) Стертые неврозоподобные синдромы.

В этих случаях нельзя было исключить наличие минимальной протрагированной субдепрессии, протекающей на самом неглубоком, субклиническом уровне. Мы вывели за пределы этой группы лиц старше 50, у которых та же симптоматика могла быть обусловлена началом сосудистого заболевания; вся она почти сплошь состоит из женщин. Психопатологически это – «тени теней» депрессий, а иногда и просто стертые депрессии, родственные конституциональным гипотимиям и «неврозам женщин» американских авторов; некоторые случаи могут быть даже отнесены к группе С, но мы перестаем уже

заниматься такого рода статистикой:

Набл.221. Женщина 47 лет. С детства строгая, сдержанная, в молодости – с пониженным и легко гаснущим половым влечением, сосредоточенная на учебе. Семейная жизнь «не сложилась». В последние 3–4 года нервная, раздражительная, часто подавленная, тогда – особенно неразговорчива.

Набл.222. Женщина 43 лет. Была спокойной, несколько стеснительной. В последние 10 лет стала вспыльчивой, расстраивается из-за незначительных событий, устает, жалуется на головные боли, состояние ухудшается в плохую погоду. Врачи соматических болезней не находят, жалобы связывают с нервностью.

Набл.223. Женщина 30 лет. С детства – нервная, раздражительная, в последнее время эти черты усилились, сопровождаются болями в сердце, плаксивостью, пьет тогда валерьянку.

Набл.224. Женщина 33 лет. В детстве была обидчива, «с ленцой». С 14–15 лет вспыльчива, раздражительна, капризна, «неблагодарна», эгоцентрична. В студенческие годы был субфебрилитет, причина которого осталась невыясненной. Беспокоят головные боли, состояния усталости, раздражает шум, вспыльчива, не любит хозяйства. Производит впечатление «нервной», сосредоточена на своем здоровье, в беседе говорит только о нем.

Набл.225. Женщина 25 лет. Прежде как будто бы была более уравновешена. В последние годы раздражительна, вспыльчива, несдержанна. Муж «водил» ее к невропатологу. Эгоцентрична, пассивна, зависима от мужа, который часто, когда она жалуется на головные боли, помогает ей по хозяйству.

Набл.226. Женщина 43 лет. С юности головные боли. В последние 5 лет стали «сдавать нервы»: тревожится, когда кого-то из семьи нет дома, ходит из угла в угол, рисуя в воображении страшные картины несчастий.

Набл.227. Женщина 28 лет. В школе была «общественницей», охотно занималась этой работой, затем как-то сразу остыла к ней, «стала безразличной». Не проявляет интереса к молодым людям. Старается меньше бывать дома, где пьющий отец-травматик попрекает ее «сидением у него на шее». Начала «сдавать» в последнее время, силы есть только на учебу в институте, после занятий «никуда не тянет».

Наконец – то, что можно условно назвать:

3) «возрастная астения». В нее попали 16 человек 45–55 лет, жаловавшихся на возникшие в этом возрасте слабость, утомляемость («силы не те»), отсутствие прежней радости жизни. На повседневном поведении эти расстройства почти не сказывались, сколько-нибудь существенного влияния на трудоспособность и образ жизни этих лиц не имели, к врачам с ними не обращались. Признаков общего и церебрального атеросклероза клинически не выявлялось. В помощи психиатра такие лица не нуждались, состояние обычно улучшалось после отдыха.

Этим списком «минимальные», стертые, «латентные» расстройства не ограничиваются, но мы остановимся на изложенном.

Распространенность психической патологии

1. Общие данные

Общий объем выявленной психической патологии в нашей выборке (как и в других подобных исследованиях) измеряется величинами порядка многих десятков процентов. Действительно, если верить историям болезни, которые, как знают клиницисты, фальсифицировать труднее, чем голые цифры, го на 415 членов выборки, включающей в себя грудных младенцев, в ходе обследования было написано 227 развернутых или более кратких историй болезни или психиатрических жизнеописаний, лишь незначительная часть которых отнесена к группе «Д» – то есть социально вполне компенсированных, житейски благополучных. Приведем некоторые суммарные данные, пересчитанные на тогдашнее

население районов столицы.

Общее число случаев душевных болезней (группа А+В) – 55: 13,3 %, или, в пересчете на население, с учетом возможных случайных колебаний на принятом нами уровне статистической достоверности, 13,3 ± 3,3 %. Из числа больных лица с психозами, манифестными и редуцированными, составляют 26 чел.: 6,2 % (6,2±2,4 %); с деменцией, грубым психопатоподобным или психоорганическим синдромом и олигофренией тяжелых степеней – 29 чел.: 7,0 % (6,0±2,5 %).

По отдельным нозологическим единицам или единствам, в группах А, В и С:

Шизофрения, включая вялотекущую и спорные параноиды: 18 больных, или 5,5 % (5,5 ± 2,2 %). Состояния подозрительные на «латентную» шизофрению («псевдопсихопатии», «осложненные шизоидии») еще 30 чел.: 7,2 % (7,2±2,6 %). Шизоидные психопатии (без лиц подозрительных на наличие латентной шизофрении) – 35 человек: 8,4 % (8,4±2,7 %). В целом шизофрено-шизоидная группа, где в той или иной мере прослеживалась связь состояния с исходным прототипом, составляет 83 человека, или 20,75 % (в пересчете на население районов 20,75±4,0).

Прочие психопатии разной степени выраженности – 95 чел.: 22,9 (22,9±4,3 %), из них «декомпенсированные» случаи – 19 чел.: 4,6 % (4,6±2,2 %).

Алкоголизм без степени привычного пьянства (2 и 3 подгруппы) – 18 чел.: 4,3 % (4,3±2,0 %); то же с привычным пьянством (с 1-й подгруппой) – 45 чел.: 10,8 %(10,8±3,0 %).

Отчетность диспансера преуменьшала распространенность шизофрении минимум в 1,5 раза, общего числа душевных болезней – в 4 раза, распространенность алкоголизма – по меньшей мере в 2,5 раза (отношения даны по нижней границе распространенных на население показателей).

2. Распределение выявленных психических расстройств по степени их тяжести

Напомним группы, на которые разделены выявленные случаи. К группе «А» отнесены манифестные психозы, текущие непрерывно или с частыми обострениями, деменция, врожденное малоумие тяжелых степеней – эти больные безусловно нуждались в психиатрическом надзоре и часто – в уходе и могли быть приравнены к нетрудоспособным. Мы не включили сюда больных с алкогольной деградацией и психозами (всего 4), хотя они того заслуживали. К группе «В» отнесены более благоприятно текущие психозы: с относительно редкими обострениями или непрерывным, но вялым течением; психоорганический синдром со снижением личности, не достигавший степени слабоумия, тяжелый запойный алкоголизм с грубыми психопатоподобными расстройствами, с личностным и социальным снижением – эти больные были полностью или частично нетрудоспособны и также безусловно нуждались в психиатрическом (наркологическом) освидетельствовании и наблюдении. К категории «С» отнесены лица с клинически очерченными психопатическими (психопатоподобными) и «невротическими» (неврозоподобными) расстройствами разного происхождения, более благоприятные формы алкоголизма, дебильность. Эта группа сохраняла трудоспособность, но психическая патология в ней существенным образом влияла на семейную жизнь, взаимоотношения в рабочем коллективе, самочувствие страдающих ими лиц, постоянно сказывалась на настроении, вызывала стойкий психический дискомфорт и т. д… О благополучной группе «Д» мы уже говорили.

Группа А. Эта группа – самая тяжелая, она нуждалась в той или иной форме постоянного психиатрического надзора – даже тогда, когда отнесенные к ней лица каким-то чудом продолжали работать.

В нашем материале к ней отнесены:

5 случаев манифестной и непрерывно текущей шизофрении,

1 – пропфшизофрении (?),

1 – вялотекущей шизофрении, осложненной начальным атрофическим процессом,
5 – тяжелой олигофрении,
2 – атеросклеротического,
1 – старческого и
3 – травматического слабоумия.

Всего– 18 человек, 5,3 % выборки (5,3+2,1 % в пересчете на население).

Группа В – больные, нуждающиеся в полустационарном и амбулаторном психиатрическом (наркологическом) наблюдении и лечении.

Сюда отнесены:

9 случаев вялотекущей шизофрении и 1 – «резидуальной», всего – 10,

1 случай параноида неуточненного характера,

3 –тяжелой психопатии шизоэпилептоидного типа, граничащей с вялотекущей шизофренией (они включены в эту группу прежде всего по «социальным» показаниям – как постоянно нарушающие правила общежития),

4 – «осложненной дебильности», то есть дебильности с сопутствующей аффективной, бредовой и т. д. симптоматикой,

3 – депрессивных психозов разного характера,

8 – церебрального атеросклероза и гипертонической болезни с выраженным снижением личности,

1 – травматической болезни мозга со снижением психики и психотическими эпизодами,

7 – алкогольной болезни с недавними психозами или тяжелыми запоями и выраженными изменениями психики.

Всего 37 человек, или 8,9 % выборки, в пересчете на население: 8,9+2,8 %.

Группа С. В эту пограничную группу, где осмотр и лечение психиатра (нарколога) были желательны и порой необходимы, но не столь обязательны, как в первых двух категориях:

латентная шизофрения, «дефектная» шизоидия, «осложненные» шизоидные психопатии (со стертой аффективной, паранойяльной и др. патологией и алкоголизмом) – 40 чел, эпилептоидные и «шизоэпилептоидные» психопатии, включая:

осложненные алкоголизмом, – 35,

тимопатии – 33 случая,

«осложненная дебильность» – 6,

церебральный атеросклероз и гипертоническая болезнь с развивающимся психоорганическим синдромом – 7,

прочие неврозоподобные и психопатоподобные состояния симптоматической, соматогенной, органической природы – 16,

алкоголизм с психопатизацией личности, но без симптоматических форм, где он осложнял иную патологию, – 8,

клинически выраженные психогении – 15.

Всего 160 человек: 38,6 % выборки, 38,6+4,8 % для населения.

Описаны в историях болезни, «психиатрических биографиях» и кратких «психиатрических зарисовках»: все больные группы А; все лица, отнесенные к группе В (кроме 2 больных алкоголизмом и 4 – церебральным атеросклерозом); 153 из 160 отнесенных к группе С.

Совокупность групп А, В и С огромна – 215 чел., или 51,8 % (51,8 + 4,9 % для населения).

3. Распределение лиц групп а, по возрасту и полу

Эти данные приведены в табл. 7.

Или графически, для обоих полов, по двадцатилетиям:

Мужчины до 40 лет болели психически чаще женщин. После 40 лет эти различия

сглаживались, отмечалась одна и та же высокая частота расстройств, превышающая половину населения.

Таблица 7. Распределение лиц групп А, В и С по возрасту и полу

N
A
B
A + B
C
A + B – г C

N
%
N
N
%
N
N

4. Вопросы оказания психиатрической помощи лицам, в ней нуждающимся

В целом, как и в других исследованиях этого рода, выявился огромный объем психиатрической патологии, не обеспеченной медицинской помощью и не могущей получить таковую – вследствие своей распространенности: никакая страна в мире не может выделить необходимые для этого деньги, средства, медперсонал и т. д. Между тем группа А+В, в силу очевидных причин, должна наблюдаться психиатрами. Из группы А (18 больных) на учете в диспансере стояли 13: все случаи манифестной шизофрении, тяжелой олигофрении, 2 из 3 больных с травматической деменцией; не стояли на учете лица с сосудистой патологией. Систематически лечились только трое больных с шизофренией и двое с травматической деменцией, остальные диспансер практически не посещали. Из больных группы В (30 чел.) лишь 1 больной (вялотекущей шизофренией) наблюдался диспансером и периодически получал лечение. Всего в группе А+В наблюдалось психиатрами 14 больных, или примерно четверть безусловно в этом нуждающихся.

Из причин того, что больные не получали необходимой медицинской помощи, помимо ее малой доступности, можно назвать следующее:

в 6 случаях больные были одиночками (5 больных с психозами и 1 дементная): они не могли сами оценить свое состояние, и не было родственников, которые бы явились инициаторами их освидетельствования и лечения у психиатра;

4 больных жили с партнерами, которые сами были больны и, даже относясь с критикой к состоянию сожителя, не обращались к психиатрам в силу особенностей своего психического склада;

в 4 случаях родные, не будучи больны сами, относились без достаточной критики к болезни своих родственников и с предубеждением – к психиатрической помощи;

в некоторых случаях члены семьи понимали, что их родственники больны, но относили эту болезнь за счет возраста, не считая поэтому обращение к психиатру уместным и полезным;

родственники не видели проявлений болезни, а больные не жаловались на нее;

в случаях алкоголизма родственники хотели лечить больного, но он наотрез отказывался от лечения.

Сами больные во всех перечисленных ситуациях, как правило, не видели надобности в обращении к психиатру, не связывали свое состояние с психической болезнью, считали его

нормальным или не верили в возможность оказания им эффективной помощи. Напротив, отмечалась активная тенденция высвободиться из-под опеки диспансера. В некоторых случаях это стремление увенчивалось успехом: двое больных активно снялись с учета благодаря переездам, иные просто переставали посещать врачей или свели эти посещения до формального минимума.

В ряде случаев (ограниченном, по сути дела, детским контингентом) систематическая врачебная помощь по поводу психических и «нервных» расстройств оказывалась невропатологами поликлиник: из не стоящих на психиатрическом учете лиц группы А трое систематически наблюдались этими специалистами; еще в одном (травматическая энцефалопатия с преходящими психотическими состояниями) подобная помощь оказывалась во взрослой поликлинике: в недостаточном объеме и эпизодически. Некоторые терапевты диагностировали у больных состояния «неврастении» и депрессии и назначали в связи с этим транквилизаторы.

Могли (и следовательно – должны были) быть помещены в психиатрические стационары (по существовавшим тогда критериям стационирования) 24 больных, в том числе: 10 человек в связи с обострением психического заболевания, 10 – по уходу и 4 – в связи с алкоголизмом: для купирования запоя и препсихотического состояния. Плановое лечение от пьянства, стационарное или амбулаторное, было показано всем лицам, страдающим этим недугом. Находился в специальном стационаре (ЛТП) один больной алкоголизмом.

5. Некоторые социально-психиатрические аспекты психической патологии

а) Трудоспособность

В группе трудоспособного возраста (мужчины 18–59 лет и женщины 18–54) было 234 лица. В «психиатрических» группах А и В к этим возрастным категориям относились 19 человек (из общего числа 55). Из них 4 имели 2-ю группу инвалидности и 1 больной (алкоголизмом) мог быть приравнен к ним как находящийся в лечебно-трудовом профилактории. Из остальных 14 лишь двое, если судить со слов родственников (подлежавших проверке), удовлетворительно справлялись со служебными и рабочими обязанностями. Шестеро фактически снизились профессионально вследствие психического заболевания (включая алкоголизм), но не имели группы инвалидности. Еще столько же плохо справлялись с трудовыми обязанностями и меняли места работы по причинам, связанным с психическим состоянием.

Фактическое (и никак не оформленное) профессиональное снижение коснулось:

трех больных с алкогольной деградацией и снижением личности, из которых двое прежде были квалифицированными рабочими, одна – продавщицей, но в последнее время все трудились грузчиками или не работали вовсе;

двоих больных с вялотекущей шизофренией: один, кончив литературный институт, работал грузчиком, другой после института международных отношений – баянистом (?);

больной с травматической энцефалопатией с психотическими эпизодами – в прошлом швеи-мотористки, теперь – уборщицы.

Таким образом, в группе, А+В среди лиц трудового возраста на 5 человек, имевших психиатрическую группу инвалидности, было столько же фактически снизившихся профессионально по причине психического заболевания (включая алкоголизм), но инвалидности не имеющих.

В общей сложности полное или частичное снижение трудоспособности по причине психической патологии констатировано у 17 человек, что составляет 7,3 % от работоспособного населения, или, в пересчете на население, 7,3+2,6 %.

В группе С (все трудоспособны) из 48 лиц трудового возраста 39 работали, насколько нам известно, удовлетворительно, у 9 имелись производственные проблемы, связанные с их психическим состоянием.

б) Семейный статус больных

Приведем сведения о доле разведенных и холостых в группах А, В и С в сравнении с остальным населением (табл.8).

Из таблицы явствует, что доля разведенных и холостых лиц среди отнесенных к группе А+В существенно выше, чем у остальных, и во всех возрастных группах. Та же доля в группе С в целом и во втором двадцатилетии жизни существенно выше, чем среди здоровых (в этом двадцатилетии группа С состоит преимущественно из «декомпенсированных» психопатов и лиц – носителей латентных форм эндогенных заболеваний).

Таблица 8. Доля холостых и разведенных в группах А, В и С в сравнении с остальной выборкой

18–40
41–60
61 и >
Всего
N
ход и разв
N
ход и разв
N
ход и разв
N

6. Социальные характеристики некоторых клинических групп

Напомним, что в эту группу было включено 45 человек. Критерием отнесения к болезненно пьющим было наличие характерной и стойкой психопатологической картины и постоянной тяги к алкоголю. Вся группа условно разделена на 3 подгруппы:

А1 – систематическое пьянство с начальными явлениями психопатизации: 22 мужчины и 6 женщин, всего 28;

А2 – запойное пьянство с выраженной психопатизацией: 10 мужчин и 14 женщин, всего 14;

А3 – алкогольная деградация и психозы: 4 (3 мужчин и 1 женщина).

Названные лица распределяются по полу и возрасту следующим образом.

Таблица 10. Распределение лиц, страдающих алкоголизмом, по полу и возрасту

А2 + А3
А,
Всего

N
%

18–40
М (59)
5
7
12

20,5

Ж (72)
1
1
2
2,8

М (48)
6
12
18
37,5

Ж (8)
5
44
9
10,7

М (22)
–
3
3
13,6

Ж (41)
–
1
1
2,4

М (129)
11
22
33
25,5

Ж (197)
6
6
12
6,1

М+Ж (326)
18
27
45
13,8

В скобках даны общие числа лиц той или иной половой или возрастной категории. Наибольшая частота алкоголизма, как явствует из приведенных данных, приходится на

третье двадцатилетие: 41–60 лет, а точнее – на период 36–54 лет, к которому относятся 20 человек, или 44,4 % всех лиц страдающих алкоголизмом. Среди взрослых мужчин выборки тяжелый алкоголизм был распространен в 9,3 % выборки (не менее 4,8 % в населении), то же с привычным пьянством – в 25,5 % (не менее 17,8 % взрослого мужского населения).

Среди взрослых женщин алкоголизм распространен в 3,1 % выборки (не менее 0,6 % во взрослом женском населении), то же с привычным пьянством – 6,1 % (не менее 2,7 %).

По социальному положению группа систематически злоупотребляющих алкоголем лиц распределялась следующим образом.

Таблица 11. Социальное положение лиц, злоупотребляющих алкоголем

	Р1	Р2	С1	С2	Пенсионеры и инвалиды	Всего
А1	5(4)	17(14)	3(2)	–	2(1)	27 (21)
А2	–	7(7)	6(1)	–	1 (1)	14(9)
Аз	4(3)	–	–	–	–	4(3)
Всего	9(7)	24(21)	9(3)	–	3(2)	45 (33)
Всего в данной группе	44 (14)	60 (41)	73 (23)	51 (26)	75 (18)	303 (122)

В скобках дано число мужчин в каждой из групп. Напомним, что Р, означает неквалифицированных рабочих, Р2 – квалифицированных, С, – служащих со средним специальным образованием, С2 – служащих с высшим образованием или занимающих должность, его требующую. В таблицу не включены 23 учащихся, среди которых алкоголики не обнаружены. Бросается в глаза отсутствие случаев алкоголизма в группе высших служащих (если они здесь и были, то умело скрывали это) и его высокий процент в группе квалифицированных рабочих: около половины. Заметим, что в группу таких рабочих мы включили только лиц «от станка», а мастеров и технический персонал (учетчики, контролеры и пр.) отнесли к «низшим служащим». Квалифицированные и неквалифицированные рабочие пили в нашей выборке одинаково часто.

Приведем также данные о брачном статусе лиц, систематически злоупотребляющих алкоголем табл. 12). Здесь брак-1 подразумевает стабильную благополучную семью, брак 2 – семьи с постоянными конфликтами, грозящие распасться. Под браком алкоголиков имеется в виду сожительство двух пьяниц.

Таблица 12. Брачный статус лиц, злоупотребляющих алкоголем

	Брак 1	Брак 2	Развед	Холосты	Вдовые	Пьющие	Всего
А1	9	12	4	1	1	–	27
А2	–	7	4	–	1	2	14
Аз	–	–	–	1	–	3	4

Приведенные данные свидетельствуют по меньшей мере о двух явлениях: 1) высокой терпимости в семьях к начальным стадиям алкоголизма и 2) тенденции хронических алкоголиков к образованию новых пьющих семей.

В какой мере пьющие готовы обратиться за помощью к наркологу? Кос венной мерой

этой готовности может служить их отношение к визиту обследователя и доступность в психиатрической беседе (табл. 13). Среди лиц этой группы мера доступности и открытости распределялась следующим образом.

Таблица 13. Доступность пьющих в ходе психиатрической беседы

	1	2	3	0	Всего
А1	13	9	2	3	27
А2	2	8	–	4	14
А3	–	3	–	1	4
Всего	15	20	2	8	45

Здесь 1 означает полную или достаточную доступность, 2 – малую, с утаиванием имеющихся расстройств, 3 – отказ от беседы, 0 – что беседа не состоялась (в этой группе велик процент скрытого отказа от встречи с обследователем).

Из таблицы явствует, что малая доступность в отношении пьянства и отсутствие критики к нему были характерны для 16 из 18 лиц с явными формами алкоголизма. Особенно негативно относились к визиту врача алкоголики второй группы: психопатизированные, озлобленные, утверждающие, что «в любую минуту могут бросить». Алкоголики с выраженным органическим снижением личности относились ко всему, и в частности к визиту врача, с явным безучастием. Наиболее эффективным (это, впрочем, и без нас известно) является вмешательство на ранних этапах алкоголизма, на стадии привычного пьянства: учитывая большую сохранность, доступность этих лиц и сохранение у них критики к своему состоянию. Однако при столь большой распространенности пьянства в обществе, его фактической моральной узаконенности, лечебная задача эта (равно как и всякая другая проблема социальной психиатрии) не может быть решена одними медицинскими средствами.

б) Шизоидная психопатия

Группа шизоидов в целом отличалась хорошей социальной адаптацией – если ориентироваться на общепринятые показатели такого приспособления. Она в малой степени подвержена алкоголизму – этой «моровой язве» российской демографии, но в большей – эндоформным аффективным колебаниям (как циклотимоподобным, так и протрагированным субдепрессиям, сопровождающим возрастные кризы). Шизоидность, видимо, предрасполагает к учению – этому обязательному условию социального роста и преуспеяния (во всяком случае, в те годы и при тех жизненных обстоятельствах).

Приведем распределение лиц шизоидно-шизофренного круга по социальному положению (табл.14).

Таблица 14. Распределение шизоидов по социальному положению – в сравнении с остальной выборкой в %

	0	P1	P2	C1 + Y1	C2+Y2	Всего
Шизоиды	–	10,9	15,7	23,5	50,0	100,1
Вся выборка	3,4	19,6	22,7	29,8	24,5	100,0
Вся выборка без шизоидов	3,4	21,7	25,5	29,4	20,2	100,0

В этой таблице 0 означает «не работают и не учатся»; pj – рабочих занятых на неквалифицированном труде в настоящем + число тех, кто был занят таким трудом до выхода на пенсию; то же – в отношении квалифицированных рабочих (Р2) и «низших» (С,) и «высших» (С2) служащих; У, и У2 – учащиеся средних и высших учебных учреждений. Более чем двукратное преобладание доли шизоидов среди высших служащих в сравнении с прочими лицами выборки в высокой степени достоверно.

Случаи алкоголизма в этой сборной группе сосредоточены среди лиц с латентной шизофренией и «эмоционально-бедных шизоидов», клинически близких к первым. Среди сохранных шизоидов пьянство практически отсутствовало.

Отметим еще, что «декомпенсированные», «осложненные» шизоидные психопаты отличались от прочих возрастом: из 32 лиц «декомпенсированной» группы С к возрасту моложе 20 относились 3, к возрасту 20–44 – 10, старше 45–19, или, иначе говоря: к молодому

и пожилому возрасту относились 22 «осложненных» случая, или 75 % – в то время как во всей группе шизоидов лица этого возраста составляли 50 %.

7. Существенность анамнестических сведений, поступивших из разных источников, для постановки диагноза

Здесь имеется в виду относительная ценность разных источников объективных сведений – в отрыве от других методов обследования, и прежде всего – от оценки статуса больного в ходе личного освидетельствования. Мы вначале пытались представить соответствующие данные в виде таблицы, но она оказалась неудобочитаемой. Из нее, в общем и целом, следовало, что даже при малой численности отдельных групп видно большее или меньшее «тяготение» тех или иных заболеваний или патологических состояний к определенным источникам информации. Так, для манифестной и вялотекущей шизофрении характерны малая доступность и недостаточность критики к болезненному состоянию как самих больных, так и их родственников и высокая ценность сведений, получаемых «со стороны», от лиц, не состоящих с больным в родственной связи. Для слабоумия и малоумия выраженных степеней, как и следовало ожидать, основным источником сведений был рассказ родственников. Анамнез алкоголиков следует собирать со слов родных и соседей; психогений, многих психопатий и эпилептиков – в первую очередь со слов лиц, страдающих этими заболеваниями или состояниями. При дебильности все анамнестические источники (за исключением сведений об учебе во вспомогательной школе) ненадежны – здесь в особенности необходимо личное обследование.

Изолированная оценка источников анамнестических данных необходима прежде всего потому, что этот метод легче других поддается анкетированию – видимо неизбежному (как этап исследования) во всех действительно массовых обследованиях населения.

Вместо послесловия. Некоторые общие соображения по поводу полученных данных

Предметом психиатрических эпидемиологических исследований является психическая патология населения в ее целостности и совокупности. Современные исследования в психиатрии, равно как и в остальной медицине, ведутся преимущественно в рамках отдельных нозологических единиц и их изолированных аспектов, что само по себе неизбежно ввиду огромного объема накопленных в отдельных областях знаний. Целостный подход к предмету при таком дроблении неизбежно теряется или если сохраняется, то в некоем застывшем виде и на школьном уровне. Развитие общего взгляда на вещи между тем не менее важно чем освоение частностей, так как он неизбежно меняется по мере накопления отдельных знаний, а следование старым структурным принципам при далеко зашедших вперед разработках частных проблем чревато накоплением системных ошибок и анахронизмов, могущих серьезным образом повлиять на развитие науки в целом.

Такова, так сказать, преамбула. Надо заметить, что совокупный, целостный подход к психическим болезням свойственен не только популяционному, но и некоторым другим разделам психиатрии: общей психопатологии, психофармакологии, судебной и трудовой экспертизе и т. д… Популяционные обследования близки к общей психопатологии и выгодно отличаются от других названных разделов психиатрии тем, что изучают не ее изолированные аспекты, не лечебное и иное применение, а психические заболевания как таковые, как природный феномен – они поэтому ближе к биологии, к естественным наукам, изучающим предмет per se ради него самого, а не его приложения к практике.

Вопрос можно поставить и иначе. Единица традиционного врачебного исследования – индивид, реже, в эпидемиологии, изучающей влияние того или иного вредного средового фактора – обособленные людские коллективы. Предмет эпидемиологических работ – само

население, популяция или, если говорить шире, человечество, человек как вид. Врачу-практику такая постановка проблемы может показаться непомерно большой и даже вздорной, но врачу-биологу – вполне естественной. Именно в единице счета и наблюдения скрывается, возможно, в конечном итоге камень преткновения психиатрической науки: без подхода к человеческой расе как к единому целому, страдающему в разных своих семьях и их членах различными проявлениями того или иного или чаще – одного и того же заболевания, трудно сдвинуться с места в изучении проблемы, поскольку ускользают общие закономерности, видимые только на популяционном уровне. Здесь, в частности, совершенно иную меру и цену получают использующиеся во врачебном обиходе нозологические разграничения, которые нужны более всего или почти исключительно практику и (во всяком случае, в области эндогенной патологии) представляют собой возведение в абсолют отдельных сторон единого феномена, который в действительности представляет собой нечто подобное большому объему или спирали. непрерывно и плавно изменяющимся во времени и пространстве. В большинстве диагностических единиц мы имеем дело, по сути дела, с «овеществлением терминов», их, говоря философским языком, гипостазированием, расширенным толкованием, придачей им характера обособленности, вырванной из контекста непрерывной реальности. Дискретность слов, дробность словаря не раз вводили людей в подобное заблуждение, побуждая смотреть на единый в своих проявлениях мир как на состоящий из разрозненных и независимых единиц, – подобный взгляд на вещи можно сравнить с фасеточным зрением насекомого или, усиливая сравнение и меняя местами объект научного процесса и его субъекта, с практикой энтомолога, убивающего бабочек для их последующего дифференцирования и классифицирования.

Для воссоздания целостной и непрерывной картины предмета необходимо его возможно более полное описание – это иной аспект той же проблемы. Общий объем психической патологии описать трудно, но, в отличие от других медицинских дисциплин, возможно. Трудно – потому что до сих пор нет общепринятой систематики и иногда – даже терминологии наблюдаемых феноменов, и нужно постоянно прибегать к их словесной передаче; реально – потому что такой перевод осуществим: психиатрия снабжена для этого ни с чем не сравнимыми диагностическими и описательными средствами. Бедность психиатрии вообще – обратная сторона ее богатства. Если сопоставить массив патологии, выявляемой психиатрами и, например, терапевтами, то в случае психиатрии его можно сравнить с горным рельефом на дне высохшего моря, где все переходы от вершин к перешейкам, от высоких плато к равнине, шаг за шагом, в каждой точке поверхности доступны, уже описаны или могут быть прослежены в ближайшем будущем. Такой же массив терапевтической патологии можно сравнить разве только с подводными горами: с единичными торчащими из воды пиками, с островами, лежащими врозь, или цепями и позволяющими лишь догадываться по их расположению о том, что происходит под поверхностью моря. Методы терапевтического исследования, особенно в отношении стертых форм, предрасположений, конституциональной патологии и пр., в сравнении с психиатрическими, грубы, нечутки, неинформативны. Во многом именно поэтому терапевты не знают диагностических сомнений, которые уже в течение двух веков так терзают психиатров; для терапевтов любая из таких торчащих из воды вершин: инфаркт миокарда, острый бронхит, цирроз печени – безусловны, неоспоримы и неприкасаемы, как священные коровы Индии. Но такая систематика носит безнадежно прагматический, утилитарный характер, и психиатрия оказывается единственной из медицинских наук, способных и стремящихся воссоздать единую картину и далее – естественную классификацию наблюдаемых расстройств: она имеет для этого наиболее выгодную начальную позицию в предстоящей гонке на опережение.

Дело, конечно, не в особой одаренности психиатров как диагностов, а в том, что психические расстройства, отклонения, малейшие оттенки психических состояний и т. д. имеют самое существенное, жизненно важное значение не только и не столько для врачей, сколько для людей в целом. Все, хотят они того или нет, являются психиатрами, и словарь

любого народа содержит бесконечное множество слов, обозначений, оборотов речи, пословиц и пр., которые если не являются психиатрическими терминами, то безусловно – средствами познания и идентификации всех возможных аномалий и нюансов психического состояния. Именно этот инструментарий и составляет богатство психиатрии, оставляющее далеко позади себя все так называемые объективные медицинские методы: психиатрия предсуществует в человеческой культуре и ею, в буквальном смысле слова, выстрадана.

Методологически наиболее важным в популяционной психиатрии является, по-видимому, сопоставление и соотнесение всех случаев выявленной патологии в единое целое: независимо от их «нозологической» принадлежности и на основании этого – составление единой карты психической заболеваемости (или иных более сложных, многомерных ее моделей). Самый простой способ такого «картирования» – поиски континуальных рядов «смежных» форм патологии. При первом, «плоскостном», приближении к истине возможны, грубо говоря, два варианта разброса психической патологии: в одном случаи ложатся более или менее кучно, изолированными гнездами, в другом – связаны непрерывными, плавно меняющимися рядами с множественными промежуточными формами или фазами-стадиями единого процесса и явления. В общем и целом экзо- и психогении как класс могут быть отнесены к первому типу патологии, эндогении – ко второму. Действительно, очень сложно спутать клинически ясно обозначившиеся алкогольную, травматическую, сосудистую и пр. энцефалопатии: между ними возможны комбинированные формы, образованные совместным действием двух и более патогенных факторов, но истинные переходные формы отсутствуют. То же – при психогениях: нужно только делить их по роду травмирующих ситуаций, а не по ведущему синдрому, как это делается. Тогда нетрудно отличить депрессию после утраты ребенка не только от бракоразводной любви-ненависти, но и от депрессии вследствие смерти иного родственника: родителей, сестры, брата и т. д. В обоих случаях: и экзо- и психогений – однообразие болезни порождается сходством или идентичностью внешних по отношению к больному обстоятельств: они моделируют, «лепят» болезнь, придают ей характерный вид и причинно-следственную специфичность, которую практики могут положить в основу дальнейшего деления этого класса патологии. То же наблюдается в остальной медицине, где, например, различные инфекции изолируются и идентифицируются благодаря специфичности действия вызывающих их микроорганизмов, но такие нозологические единства, как гипертоническая болезнь, атеросклероз, коллагенозы и т. д. (то есть основная масса человеческих заболеваний), состоят из множества взаимосвязанных и плохо разделяющихся между собою форм и подвидов. (Если в такой ситуации у исследователя существует ясность относительно формальной классификации расстройств, то она – от бедности клинических наблюдений или их одномерности: это произойдет, например, если главным клиническим симптомом и наиболее важным показателем тяжести течения сахарного диабета считать гипергликемию и не знать или игнорировать иные признаки заболевания.) То же – в психиатрии эндогении, где, по сути дела, нет отдельных болезней, а есть непрерывные феноменологические ряды от одного заболевания к другому, где в середине ряда невозможно уверенно отнести случай к тому или иному его полюсу: олигофрении-шизофрении, олигофрении-эпилепсии, шизофрении-эпилепсии, шизофрении-циркулярной патологии и т. д. Все попытки провести в популяции четкие границы между «разными» эндогенными болезнями и тем более – выявить независимые формы течения «внутри отдельных заболеваний» являются пустой тратой времени. Больше того, у одного и того же больного мы находим симптомы многих нозологических форм, «разноименные» пласты патологии, существующие порознь или соединяющиеся воедино в цельном сплаве сложного синдрома: нозологический нож режет по-живому не только совокупности больных, но и отдельные случаи, так что приходится по E. Bleuler (цитируем по А. Л. Эпштейну1), «спрашивать относительно каждого человека не о том, шизоиден он или нет, а насколько он „шизоиден“» (соответственно – «эпилептоиден», «дебилен», «тимопатичен» и т. д.) Психиатрическая систематика эндогений: та, что имеется в нашем

распоряжении. – подобна определению сторон света, а не составлению на месте топографической карты: стороны света тоже реальны и непосредственно привязывают объект к местности, но ориентируют они нас через относительные величины – долготу и широту: координаты, условно отсчитываемые от произвольно выбранных точек.

(Впрочем, и экзо- и психогении специфичны лишь в сравнении между собою: эти различающиеся листвой деревья тоже растут, по-видимому, из одного «эндогенного» корня. Различия на поверхности модели целостного массива психической патологии не мешают экзо- и психогениям столь же плавно и непрерывно переходить во внутренние эндогенно обусловленные состояния. Подобные отношения хорошо прослеживаются, например, в случае эндогенных олигофрений известной хромосомной или генной этиологии: болезни Дауна, фенилкетонурии и т. д. Здесь та или иная болезнь диагностируется клинически по совокупности характерных, но второстепенных симптомов-маркеров. касающихся особенностей физического и психического склада и облика, но тяжесть случая, его «основная», «неспецифическая» патология определяется общими закономерностями эндопатогенеза.)

В этом нет ничего нового. Все это давно уже сказано теми же или похожими на то словами много лет назад – психиатрия в некоторых отношениях едва ли продвинулась вперед в течение последнего, «позитивно» и «дискриминативно» мыслящего столетия. Не могу отказать себе в удовольствии привести пространный отрывок из статьи A. Hoche 1912 г. – по-видимому самого пристрастного и ядовитого критика Э. Крепелина и всего нозологического направления в немецкой литературе; эта статья в нашей печати, кажется, так широко еще не цитировалась:

«Разложение постепенно накапливающегося огромного клинического материала на „формы“ было результатом не только чисто научной, но еще более – практической потребности, прежде всего – необходимости уметь хоть как-то предсказать судьбу больного в том или ином случае. Эта разделительная тенденция имела свои достижения – и значительные. Это прежде всего – деление на органические психозы и функциональные расстройства (о двойственном значении последнего термина мы будем говорить ниже). Психические болезни, обусловленные грубыми органическими воздействиями, были поделены далее на большое число специальных форм – некоторые из них уже теперь выглядят окончательными, другие позволяют надеяться на то, что станут таковыми в обозримом будущем. Назовем в качестве примера: отграничение идиотии, сенильных и атеросклеротических психозов, эпилепсии и т. д. Наиболее важный козырь и аргумент такого подхода, выдержавший испытания временем, – выделение прогрессивного паралича. Достигнутый здесь успех был настолько велик, что имел и нежелательные последствия, а именно – внушенную им неоправданную иллюзию, что нечто подобное может быть повторено со всяким иным клиническим единством в психиатрии.

Уже при разграничении органических и функциональных расстройств возникли трудно преодолимые трудности, вызванные прежде всего наличием промежуточной группы токсических психозов – единых в своей этиологии и совершенно различных по клинике заболевания.

Близкой к такому делению, но проведенной под несколько иным углом зрения была попытка разделить психозы на эндогенные и экзогенные. Развитие понятия дегенерации явилось успехом с биологической точки зрения, но еще больше затруднило и запутало психиатрические классификации. При группировке клинического материала по всем названным разделительным межам образовались круги, которые не охватывали всей патологии, но часто перекрывали друг друга.

Больше всего сложного и неясного (и с этим мы встречаемся в клинике ежедневно) – в проблеме функциональных психозов. Долгое время под ними подразумевались случаи, в которых мы не можем найти сегодня анатомический субстрат, хотя он, по нашим представлениям, безусловно наличествует. Теперь мы думаем иначе и под функциональными понимаем случаи, при которых анатомические расстройства попросту

отсутствуют и потому не выявляются. Соответственно меняется и клинический взгляд на вещи – мы относим теперь к функциональным болезни, не ведущие к интеллектуальному снижению.

Все эти диагностические шатания подвержены еще и столь обычному для всякого научного поиска приливно-отливному движению. Та или иная точка зрения, научная конструкция или гипотеза, постепенно набирая силу и сторонников, достигают своей вершины – с тем, чтобы затем закономерно пойти на убыль. Так, в течение длительного времени любимицей психиатров была паранойя, затем – dementia praecox, теперь – маниакально-депрессивное помешательство. Всякий раз то или иное понятие вбирает в себя настолько широкий круг расстройств, что в практическом отношении, вообще-то говоря, совершенно все равно, каким термином он в ту или иную пору обозначается. Объем, высота и продолжительность диагностических волн в нашей науке зависели от влияния тех или иных профессорских голов и школ их последователей. Сегодня преобладает точка зрения, согласно которой вся огромная масса патологии – если она не обусловлена грубыми органическими или токсическими факторами и не относится к истерии или эпилепсии – распределяется между МДП и dementia praecox. Огромность таких сборных единств сама по себе – доказательство того, насколько бессмысленно искать в нем решающую формулу диагноза. Несмотря на это, клиницисты продолжают свои диагностические перетасовки, перемещают те или иные разновидности патологии из одной рубрики в другую и делают это с тем большим усердием и верой в свою правоту, чем меньше результатов приносит это занятие, которое я уже сравнил однажды с тем, когда перегоняют мутную воду из одного сосуда в другой, желая таким образом высветлить содержимое. В основе таких стараний лежит неколебимая убежденность в том, что в психиатрии возможно и необходимо искать и находить четкие, отграниченные, чистые, цельные формы патологии – уверенность в этом черпается из аналогий с внутренней медициной, упускающих из виду то, что взаимоотношения между симптомами и анатомическим субстратом в психиатрии и общей медицине совершенно различны, несопоставимы. Естественно возникающие по ходу работы сомнения пытаются рассеять успокоительными ссылками на объективные трудности исследования, а именно: необходимость больших чисел больных, недостаточная, даже в 30 и 40 лет, продолжительность наблюдения, наличие абортивных, смешанных, пограничных и переходных форм, затемнение клинической картины влиянием привходящего малоумия или психической дегенерации и т. д. и т. п..

Общая же и подспудная тенденция на деле такова, что число случаев, не поддающихся имеющимся в нашем распоряжении классификациям, постоянно растет, и исследователи, кажется, втайне уже склонны отказаться от этой задачи – нисколько не теряя при этом убежденности в правоте исходных позиций».

Эту инвективу в адрес нозологически ориентированной психиатрии можно цитировать и дальше: она весьма примечательна. (Что же касается изложенной далее позитивной программы, то здесь автор останавливает внимание читателя на проблеме психических конституций как преформирующего, предопределяющего развитие психического заболевания фактора и здесь обрывает свою речь: хочет, кажется, сказать больше, но не имеет для этого достаточно веских данных.)

Скепсис и общая направленность статьи близки к концепциям вырождения Мореля и «единого психоза» авторов текущего столетия. Первая выгодно отличается от второй тем, что устанавливает определенный «количественный» порядок в хаосе наследственной патологии: «лестницу» психических расстройств, нисходящую по мере нарастания тяжести наследственных изменений и «глубины вырождения» (P. Pichot). Этот «градационный» взгляд на вещи никогда не уходил из поля зрения психиатров и незримо присутствовал едва ли не во всех общих построениях и вольных и невольных констатациях и интерпретациях самых различных фактов: в учении J. Jackson о послойном строении психики и ее последовательной «диссолюции» или, например, в делении синдромов по степени тяжести «поздним» Крепелином. Мы хотим напомнить в этой связи известную схему А. В.

Снежневского регистров психической патологии. Она приводилась автором дважды: в известной статье о нозологической специфичности психопатологических синдромов (1) и в главе Руководства по психиатрии (2), посвященной общей психопатологии. Схема эта выверена опытом наблюдения большого числа случаев и подтверждена изучением динамики психических расстройств у отдельных больных – она справедлива, но если это так, ее можно исследовать на применимость в других «сходных» или «близких» ситуациях. Природа экономна в своих решениях, и если какая-то закономерность верна, то ее обычно находят «по соседству» – на иных этапах и уровнях развития того же феномена, того же системного целого. Если взглянуть на ту же схему с точки зрения популяционной психиатрии, где единицей наблюдения являются не отдельные больные, а их множества, то нетрудно заметить, что перед нами не только ряд синдромов-болезней, утяжеляющихся по мере «углубления» индивидуальной патологии, но и ряд последовательно утяжеляющихся наследственных состояний, наблюдающихся в населении и имеющих в существующей систематике вид независимо существующих нозологических единств или «кругов наследования». Ее, иначе говоря, можно использовать в качестве модели «единого психоза вырождения» на нынешнем клиническом уровне (не слишком, впрочем, отличающегося от морелевского).

В несколько упрощенном виде, в движении от тяжелого к более легкому из расстройств, эта схема выглядит так:

В этой пирамиде место слабоумия занимает олигофрения – как наиболее ранний и злокачественный синдром наследственного страдания, далее – эпилептическая болезнь, шизофрения (кататония), затем – параноид, которому придется выделить в связи с этим отдельное и давно ожидаемое им место в психиатрической систематике (хотя и не более самостоятельное, чем у прочих единиц наследственной патологии), далее – аффективные расстройства, к которым здесь следует отнести монополярную протрагированную депрессию, включающую в себя инволюционную гипотимию. (Эти формы депрессий должны рассматриваться отдельно от циркулярной аффективной патологии: давно замечено и подтверждено генетически, что это разные по своей природе состояния – циркулярность близка к так называемому «дегенеративному синдрому», которому присущи также патология влечений и та или иная степень задержки эмоционального развития.) Нетрудно заметить, что в названной очередности располагается не только тяжесть страдания, но и преобладающее время проявления, пики заболеваемости перечисленных «синдромов-болезней». Видимо, той же чередой идут стертые болезненные состояния, ведущие к той или иной «одноименной» психопатизации личности и наслаивающиеся в ней последовательно: дебильностью, эпилептоидией, шизоидней, паранойяльностью, конституциональной гипотимией – в виде своего рода «пластов» или «прослоек» в едином конгломерате «мозаичной» психопатии. В «чистых типах» мы имеем дело с одним из звеньев этой цепи, единственно видимым или наиболее выпуклым, но известно, что не менее (если не более) часты случаи с последовательным или изначально неразделимым взаимоналожением разных психопатических состояний – отсюда комбинированные промежуточные формы «шизоэпилептоидии», «пропфшизоидии», истероэпилептоидии и т. д. «Выделяемые нами стерильные формы большей частью представляют собой искусственный продукт схематической обработки того, что наблюдается в действительности. Чистые формы психопатий в том виде, как их принято описывать, встречаются редко, в жизни преобладают формы смешанные» (П. Б. Ганнушкин6).

Главное противоречие этой схемы с действительностью – в ее привязке к началу жизни: чем ближе к рождению, тем патология тяжелее, хотя мы знаем, что существует не один, а по меньшей мере – два противоположных «полюса заболеваемости» и второй связан с концом нашего существования. Противоречие это преодолевается допущением зеркальной симметрии жизни – конечным возвращением человеческой одиссеи к ее истокам: старость и смерть как вывернутое наизнанку детство и рождение. Предположение это для психиатра не столь бессмысленно, как для других врачей: для него возвращение старика в детство и

ребячество – феномен, наблюдаемый ежедневно (да и для общего биолога начало часто родственно концу, и речь в таких случаях идет о включении и выключении одних и тех же материально действующих генов). При таком взгляде на события мы имеем не одну, а две симметричные пирамиды, «складывающиеся» основаниями на линии рождения-смерти и имеющие общей верхушкой так называемое психическое здоровье – время и состояние, в течение которого, с теми или иными послаблениями и задержками, действует отсрочка от генетически обусловленного фатума.

Другой аспект популяционных исследований, тесно связанный с предыдущим и являющийся его повторением и отражением на общечеловеческом уровне спирали, – это отношение болезни к норме: здесь психиатрия вплотную подходит к антропологии.

Во-первых, психических расстройств в населении слишком много – так много, что они должны считаться не столько патологией, сколько «нормальным» признаком, подчиняющимся в своем распространении гауссовой кривой и формуле. Дело, собственно, даже не в количественных отношениях, а в сущности так называемой нормы. Она описывается как отсутствие болезни и по сути дела действительна поэтому только болезнь: отсутствие чего-либо не формирует явления, а лишь обнаруживает присутствие его «зеркального позитива». Выделение явления по негативному признаку всегда сомнительно и побуждает присмотреться к полноте или даже – реальности декларируемого присутствия-отсутствия; такой пересмотр приводит иногда к находкам иного признака, оставшегося скрытым и незамеченным за просчетами одномерно логического мышления. Позволим себе привести в связи с этим отрывок из «Курса лекций» В. Маньяна, стоящий нового прочтения:

«Галлюцинации возникают в корковых структурах восприятия и вызываются состоянием их перевозбуждения… в них совершается разряд, дающий звуковое представление – так же как если бы оно было предопределено импульсом из периферии… Расстройство настолько полно воспроизводит запечатленный в мозгу образ, что сопровождается полной уверенностью больного в том, что оно истинно… Когда болезнь прогрессирует, корковые центры больного полностью эмансипируются: отдельные слова, фразы, монологи возникают в них вне всякой связи с течением мысли больного… устанавливается своего рода диалог между самим больным… и партнером, расположенным в корковом центре слуха, наступает своего рода раздвоение личности. Еще позже автономия галлюцинирующих центров становится всеобъемлющей, они начинают действовать во вполне автоматическом режиме…»

В этом описании (если отвлечься от наивного представления о локальности, пространственной ограниченности так называемых «центров») все превосходно, но упущена одна важная и, может быть, главная сторона дела: болезнь не столько порождает автоматизм, сколько, через его разрушение, выявляет, делает очевидным иной, изначальный и общий, функционирующий в едином режиме, автоматизм человеческих «высших центров». Они тоже получили некогда собственную и далеко идущую автономию, дар внутренней и внешней речи, способность к озвучению и осмыслению ассоциаций, к выделению и обособлению «паразитирующего» в мозгу сознания – известного «Я», постоянно «отождествляющего с собой» психические акты. В этом свете болезнь не создает, а разрушает и потому – выявляет созданное до нее, и в нашей первоначальной антитезе члены ее меняются местами: теперь формообразующим признаком становится здоровье, понимаемое как целостность видового психического автоматизма, а болезнь – его прогрессирующее отрицание, распад и расчленение. Но и сам этот изначальный автоматизм, хотя и является нормой для человека, в более широкой биологической перспективе – если не патология, то субстрат, тесно связанный с возможностью психического заболевания: недаром наши мысли так похожи на псевдогаллюцинации. В этом контексте снова на первый план выходит болезнь, но понимаемая иначе – как видовой признак: тогда всякий человек в сравнении с другими животными (и тем более – деревьями) скрыто болен, несет в себе возможность психического расщепления и заболевания, а явная болезнь, психическая

болезнь в тесном смысле слова, есть результат неустойчивости такого состояния и вызывается наличием или отсутствием других привходящих, вредоносных факторов или гипотетических протекторов, существовавших изначально или накопленных в ходе эволюции и защищающих от реализации универсально распространенной болезненной потенции. Такая посылка решает, в частности, извечный спор о том, всякий ли человек может заболеть психически: если он болен от рождения (потенциально или явно – для биолога не столь важно), если это его «кара за первородный грех познания», то вопрос снимается сам собою.

Наконец – практическая сторона дела, теснейшим образом связанная со всем вышесказанным. На неоднократно упоминавшейся нами конференции 1959 г. присутствовали не только психиатры-эпидемиологи, но и организаторы здравоохранения, занимающиеся его финансированием. Они добивались от ученых прежде всего оценки общего объема патологии, подлежащей лечению и его не получающей. Их интересовали цифры, что само по себе понятно. Величина 10 % должна была вызвать у них здоровый скепсис, 30 % – желание уйти с конференции, 50 % – немедленное с нее убытие. Последняя величина (а она не наименьшая из обычно называемых) означает, что одна половина человечества (и не самая здоровая) должна лечить вторую и только этим и заниматься. Психиатрическая помощь не стоматологическая, где можно вырвать или залечить зуб и расстаться с больным до следующего визита – так можно и 80 % населения лечить и вылечить (именно такова обычно сообщаемая частота распространения кариеса): интенсивность, длительность и, следовательно – стоимость психиатрического лечения несоразмерима с зубоврачебной и оказание ее всем в ней нуждающимся – дело совершенно нереальное. (Речь идет о медицине, подлежащей страхованию, так называемой «бесплатной». Психиатрическую помощь при малых психических расстройствах могут себе позволить лишь достаточно обеспеченные люди, и при достижении обществом определенного уровня благополучия рынок этих услуг организуется сам собою, растет и процветает.) С другой стороны, нельзя ограничиться одним констатированием огромности объема психической патологии в населении и уподобиться в этом отношении тому же энтомологу, лишь собирающему и описывающему бабочек, – надо и помощь оказывать: необходимую и посильную в меру имеющихся возможностей. Судя по нашему материалу, помочь можно прежде всего депрессивным больным и лицам с вегетативной патологией: там, где могут оказаться эффективны медикаменты. Их тоже немало, но благодаря лекарствам здесь можно (пусть не лучшим образом) лечить «на расстоянии» – такая психиатрическая практика мало отличается от терапевтической и может охватывать большое число лиц силами одного специалиста.

Можно даже провести расчет числа психиатров или психоневрологов, необходимых для лечения этой патологии, – но такой счет, во-первых, на любителя, к числу которых мы не относимся, во-вторых, должен совершаться вовремя. Психиатрический счет в стране и даже отдельном городе, оставаясь по сути неизменен, подвержен временным колебаниям: сегодня наши данные, может быть, устарели, изменились в ту или иную сторону – равно как возможности и критерии оказания бесплатной медицинской помощи: необходимо обследовать население наново, с большими силами и большим объемом выборки.

Можно коснуться наконец и этической стороны дела, поскольку признание психической болезни нормой – пусть не идеальной, но статистической – должно изменить отношение к ней человечества, но это уже безусловно выходит за рамки нашего исследования.

Цитированная литература

Учитывая объем и разнородность психической патологии, охватываемый всяким эпидемиологическим обследованием, относящаяся к ним литература необозрима и стремится к бесконечности. Это объясняет поневоле случайный характер цитируемых в таких случаях

работ – чего не могла избежать и наша библиография. Она нисколько не претендует на полное освещение затронутых проблем (это едва ли не вся психиатрическая литература), но представляет собой комментарий к тексту и литературные подтверждения сообщаемых фактов и предположений.

Источники на русском языке:

Александровский Ю. А., Лобастое О. С., Спивак Л. И., Щукин Б. П. Психогении в экстремальных условиях. Москва, 1991.

Амбрумова А. Г Невроз одиночества// Актуальные вопросы неврологии и психиатрии. Материалы II Респ. съезда невропат, и психиатров Грузии. Тбилиси, 1986, стр. 267–269.

Аменицкий Д. А. Эпилепсия в творческом освещении Ф. М. Достоевского // Памяти Ганнушкина. 1 ММИ. Труды психиатрической клиники. Выпуск IV. Москва – Ленинград, 1934, стр. 417–431.

Асанова Л. Ш., Калашников Л. А. Общность пароксизмальных расстройств эпилептического и неэпилептического генеза // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. Москва – Витебск, 1989, т.2, стр.12–13.

Бергер И. А. Невро-психическая заболеваемость и проблема борьбы с алкоголизмом на заводе «Пролетарский труд» // Психогигиенические и неврологические исследования, т. 1, 1928.

Беренштейн Я. В. Epilepsia simplex. Структура и динамика так наз. эпилептического характера. Сов. психоневр. 1935, № 3, стр.30–36.

Беренштейн Я. В., Завилянский И. Я. О систематике психопатий // Вопросы психиатрии. Эпилепсия-эпилептоидия. Труды Киевского психоневрологического института, т.7. Киев, 1936, стр. 91–94.

Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Москва, 1993.

Боброва II. Н., Шубина Н К. О специфичности ситуационных факторов в развитии реактивных состояний у психопатических личностей // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. Москва – Витебск, 1989, т.2, стр.18–20.

Вангенгейм К. А. Соматогенные психозы. Москва, 1962.

Васильева О. А. Иммунологическая недостаточность и пограничные нервно-психические расстройства // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. Москва– Витебск, 1989, т.1. стр. 24–86.

Введенский И. Н., Хейф М. С. Психогенные реакции у олигофренов. Неврология и психиатрия, т.1Х, вып.7–8, 1940, стр.38–52.

Вольфсон И. М. К дифференциальной диагностике ревматических психозов с шизофренией (на основании катамнестического их изучения) // Труды Моск. научи. – исслед. Ин-та психиатрии МЗ РСФСР, 1975, т.70, стр:228–232.

Гаврилова С. И. Выявляемость психических расстройств в пожилом и старческом возрасте. Журнал невропат, и психиатрии им. Корсакова, 1984, 84, 6, стр. 911 –18.

Ганнушкин П. Б.:

1. Постановка вопроса о шизофренической конституции // Избранные труды. Москва, 1964, стр.58–74.
2. Сладострастие, жестокость и религия // Там же, стр.80–94.
3. Постановка вопроса о границах душевного здоровья // Там же, стр.97–108.
4. Об эпилепсии и эпилептоиде//Там же, стр. 108–113.
5. Об эпилептоидном типе реакции // Там же, стр.114–115.
6. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика // Там же, стр.116–

Гиляровский В. А. К вопросу о шизофреническом мышлении // Труды ЦИП НКЗ РСФСР, т.2. Москва, 1941, стр.78–89.

Голодец Р. Г., Сухотина Н. К. Психозы у больных олигофренией. Журн. неврол. и психиат. им. Корсакова, 1981, т.81, 3, стр.378–383.

Гуревич М. О.:

1. Об эпилептоидных состояниях у психопатов и их отграничении от эпилепсии. Совр. псих., 1913, апрель, № 4, стр. 265–284.

2. К постановке вопроса о классификации психопатий. Совр. психоневр., 1927, Т. V, № 7–8, стр.20–24.

3. О психосензорной форме эпилепсии и об особых состояниях // Проблема эпилепсии (Труды Моск. обл. конференции по эпилепсии), Т. IV, Москва, 1936, стр.5–10.

Давиденков С. Н. Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии. Ленинград, 1947.

Дубницкая Э. Б., Фильц А. О., Черникова Т. С. Сравнительный клинико-генеалогический анализ малопрогредиентной шизофрении и психопатии истерического круга. Журн. невроп. и психиатрии им. Корсакова, 1988, т.88, вып.1, 56–61.

Завилянский И. Я., Мизруха И. А. Типология эпилептоидной психопатии. Совр. психоневр., 1936, № 3, стр. 37–54.

Каменева Е. Н.:

1. О шизоэпилептоидных процессах // Труды 1 Моск. псих, больницы, вып.1, Москва, 1958, стр. 123–148.

2. О незаконченных параноидных феноменах в рамках шизофрении // Там же, стр. 85–110.

Каннабих Ю. В.:

1. К вопросу о так называемом неврозе навязчивых состояний. Сов. психоневр., 1935, № 6, стр. 58–68.

2. История психиатрии. Москва, 1994.

Клейст К. Современные течения в психиатрии. Берлин, 1925.

Краснушкин Е. К. К проблеме эпилептоидии // К проблеме эпилептоидии. (Труды Моск. обл. конф. по эпилепсии.) Т. IV. Москва,1936, стр. 49–63.

Кречмер Э. Строение тела и характер. Москва, 1995.

Кроль Н. М., Бонгард Л. И. Эпизодические сумеречные состояния // Проблемы психиатрии и психопатологии. Биомедгиз, 1935, стр. 509–519.

Либерман М. Н. Выявляемость психически больных и толерантность к ним населения в условиях крупного города в Средней Азии. Дисс. на соиск. уч. степ. к. м. н. Москва, 1984.

Лобова Л. П. Шизо-эпилептический синдром при травматическом поражении мозга // Труды Центр. Ин-та психиатрии НКЗ РСФСР, т.1, Москва, 1940, стр.64–77.

Манъян В. Курс лекций по душевным болезням. Алкоголизм. Москва, 1995.

Маслиев АЛ., Скобникова В. К. О шизофреноподобном синдроме при закрытой травме черепа // Шизофрения (клиника, патофизиология, терапия). Психиатрическая клиника им. Корсакова. Москва, 1968, стр. 18–26.

Машанова Г. А., Галузо Н. В., Давыдов В. А. О шизофреноподобных проявлениях при рассеянном склерозе // Там же, стр.72–80.

Медведев А. В. Неблагоприятно протекающая шизофрения (Клинико-катамнестическое исследование в старости). Дисс. на соиск. уч. степ. докт. мед. наук. Москва, 1985.

Молодецкий В. А. Клиническая характеристика психических травм, связанных с неудачами в личной жизни // Пограничные нервно-психические расстройства (клиника, лечение, систематика). Материалы к конф. 18–19 мая 1982 г., Москва, стр. 140–142.

Молохов А. Н. О паранойяльном развитии личности, паранойяльных реакциях и отношении их к шизофрении // Памяти П. Б. Ганнушкина. 1-й ММИ. Труды психиатрической клиники. Выпуск IV, Москва – Ленинград, 1934, стр. 327–337.

Момот Г. Н. Об ипохондрическом синдроме при шизофрении у эпилептоидов и его социальная опасность // Труды 1 Моск. псих, больницы. Выпуск 1, Москва 1958 стр. 111–122.

Москаленко В. Д. Монозиготные и дизиготные близнецы, дискордантные по манифестной шизофрении. Журн. невроп. и психиат. им. Корсакова, 1979, т.79, вып. 3, стр.

Мухаринская В. С. Генетически детерминированные факторы риска, предопределяющие готовность головного мозга к развитию припадков // Акт. вопросы неврологии и психиатрии. Матер. II респ. съезда невр. и псих. Грузии. Тбилиси, 1986.

Полинковский С. И. Клиника и течение эпилепсии на гетеротипическом конституциональном фоне. Совр. психоневр., 1935, № 3, стр.55–64.

Пулатов А. М., Хашимов Р. А. Клиническая разнородность эквивалентов субклинической эпилепсии // Акт. вопр. неврол. и психиат. Матер. II Респ. съезда невр. и псих. Грузии, Тбилиси, 1986, стр. 52–54.

Розенштейн Л. М. Нервно-психическое здоровье студентов Тимирязевской сельскохозяйственной академии. // Профилактика нервных и психических заболеваний Москва, 1928.

Ротштейн В. Г., Морозова В. П., Богдан А. Н., Либерман М. Н. Объективные факторы выявляемости психически больных // Эпидемиология эндогенных психозов и проблема реабилитации психических больных. Москва, 1985.

Руководство по психиатрии. Под ред. Снежневского А. В. Москва, 1983, т.1 и 2.

Сканави Е. Е. Особенности инициальной стадии эпилепсии у детей // Труды ЦИП НКЗ РСФСР, т.2, Москва, 1941, стр.195–209.

Слободская М. А. Шизофрения у эпилептоидных психопатов // Вопросы психиатрии. Эпилепсия-эпилептоидия. Киевский психоневр. ин-т, т.7, Киев, 1936, стр.82–90.

Смулевич А. Б. К проблеме псевдопсихопатии // Пограничные нервно-психические расстройства. (Клиника, лечение, симптоматика. Материалы научн. конф. 18–19 мая 1982 г. Москва, 1983, стр.183–188.

Снежневский А. В. О нозологической специфичности психопатологических синдромов. Журнал невропат, и психиат. им. Корсакова, 1960, т.60, вып.1, стр.91–108.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста, т. 3. Клиника олигофрении. Москва, 1965.

Сухотина Н. К. О постановке диагноза шизофрении у больных олигофренией // Вопросы ранней диагностики психических заболеваний. Сборник трудов Моск. НИИ психиатрии. Москва, 1982, стр.99–102.

Феофраст. Характеры. Ленинград, 1974.

Фрумкин Я. П. Материалы к вопросу о клинической классификации эпилепсии. Параноидное эпилептическое слабоумие // Вопросы психиатрии. Эпилепсия-эпилептоидия. Киевский психоневрологический ин-т, т.7. Киев, 1936, стр.3–22.

Хуршудян С. А. О диагностике ревматизма у больных с психическими заболеваниями // Роль ревматических инфекций в этиологии и патогенезе психических заболеваний. Москва, 1959.

Шалимов В. Ф. Клиническое изучение потомства олигофренов. Автор, дисс. на соиск. степ. к. м. н. Москва, 1970.

Шмарьян А. С. Ревматические психозы и их лечение // Роль ревматической инфекции в этиологии и патогенезе психических заболеваний. Клиника, патофизиология, терапия и патологическая анатомия ревматических психозов (Сборник статей.) Москва, 1959.

Щирина М. Г., Молчанова Е. К., Гаврилова С. И., Рохлина М. Л., Суховский А. А., Дружинина Т. А., Шумский Н. Г., Сиряченко Т. М. Некоторые результаты эпидемиологического изучения психически больных старше 60 лет, проживающих в одном из районов Москвы. ЖНП им. Корсакова, 1975, т.75, № 11, стр.1665–1704.

263*Эпштейн А. Л.:*

1. Невропатическая конституция. Ленинград, 1927.

2. Сон и его расстройства. М.; Л., 1928.

Юдин Т. И.:

1. Психопатические конституции. Москва, 1926.

2. К теории широких конституциональных кругов и полимерность наследственной формулы психозов. Совр. психоневр., 1935, № 6, стр. 30–39.

3. Шизофрения как первичный дефект-психоз // Труды ЦИП НКЗ РСФСР. Т.2 Москва, 1941, стр.48–56.
Ямвлих. О египетских мистериях. Изд-во Х. Г. С., 1995.
Ясинский В. П. О расстройствах сознания у эпилептоидов и эпилептиков. Сов. психоневр. 1935, 3, стр.37–46.

На иностранных языках:

Astrup. C. Long-Term Prognosis of the Functional Psychosis // Biological Mechanisms of Schizophrenia and Schizophrenia-like Psychosis. Stuttgart-Tokio, 1975, pp.12–125.
Bariik H. Traite de psychiatric. Paris, 1959.
Bleuler M. Die schizophrenen Geistesstorrungen im Lichte langjahriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart, Thieme, 1972.
Bratz Die affectepileptischen Anfalle derNeuropathen und Psychopathen. Monatschr. f. Psychiat. u. Neurol. 29, 1911, Heft 1 u. 2.
Bremer J. A Social Psychiatric Investigation of a Small Community in Northern Norway. Acta psychiatrica. Kbh. Suppl.62, 1951.
Clouston T. S. Unsoundness of Mind. London, 1911.
Cohen B. M., Tiet: e C., Greene E. Statistical Contributions…. Human Biol. 1939, VII, pp.112–129; 1939, XI, p.485.
Dohremvend B. P., Dohrenwend B. S. The problem of validity in field studies of psychological disorder. J. Abn. Psychology, 70, 52, 1965.
Essen-Moller E. :
1. Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. Acta psychiat., Kbh., Suppl. 100, 1956.
2. *Дискуссия в:* Field Studies… p.301.
German O G. Negativism – its significance in mental handicap. // Proceedings of the 3d Congress of the International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency. V. I, Warsaw, 1975, pp. 456–462.
Guen Cl. Le temps fige du schizophrene. 1Evolution psychiatrique. 1958, 4, ось-dec, 701–735.
Hempel C. G. Introduction to problems of taxonomy. In: Field Studies… pp. 3–3-.
Hoche A. Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatric. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. 1912, 2, 388–410.
Field Studies in the mental disorders. (Ed. J. Zubin.) New-Jork-London, 1961.
Kattentidt B. Zur Frage einer Belastungsstatistik der Durchschnittsbevolkerung. Die Erkrangungsverhaltnisse in der Neffen- und Nichtenschaften von Paralytikerehegatten. Zeitscr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 103: 208, 1926.
Kessel W. J. N. Psychiatric morbidity in a London general practice. Brit. J. prev. soc. Med., 14, 1960, 16.,
KetyS. S., RosenthalD., Wender P. H. e. a. Mental illness in the biological and adoptee families of adopted individuals who have become schizophrenics: a preliminary report based on psychiatric intervieus.// Fieve R., Rosenthal D., Brill H. Genetic research in Psychiatry, 1971.
Klemperer J. Zur Belastungsstatistik der Durchschnittsbevolkerung.
Z. f. d. ges. Neur. u. Psych., 146,277–316, 1933.
Leighton A. M., Leighton D C. Handbook for the psychiatric evaluation of the personal data as developed in the Stirling County Study and the Cornell Program in Social Psychiatry N. – J., 1964. *У*
Lin T. – J., Standley C. C. The Scope of Epidemiology in Psychiatry. Public Health Papers. № 16, WHO Geneva.
Linder F. E. Obtaining comparability in field studies in general health. In: Field Studies…, рб.

Luxenbiirger II. Demographische und psychiatrische Serien untersuchungen in der engeren biologischen Families von Paralytikerehegatten. Z. f. d. ges Neur. u. Psych 112 331_ 491, 1928.

Mechanic D. Problems and prospects in psychiatric epidemiology.// Psychiatric Epidemiology. Proceedings of the International Symposium held at Aberdeen University 22–25 July 1969. Ed. E. H. Hare and J. K. Wing. London-New-Jork-Toronto, 1970.

Minkowska F. La constitution apileptoide avec la structure de 1epilepsie essentielle //Проблемы психиатрии и психопатологии. Биомедгиз, 1935.

Minkowski E. La schizophrenie. Psychopathologie des schizoides et des schizophrenes. Paris, 1927.

Mitzuda H. Some Note on the Nosological Classification of the Endogenous Psychoses with Special Reference to the so-called Atypical Psychoses.// Biological Mechanisms of Schizophrenia and Schizophrenia-like Psychoses. Stuttgart-Tokio, 1975, pp.1–9.

Murphy H. B. M. Comparative Psychiatry. The International and Intercuitural Distribution of Mental Illness. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New-Jork, 1982.

Myers J. K., Weissman, Tischler G. L. e. a.. Prevalence of Psychiatric Discorders in Three Communities 1980–82. Arch. Gen. Psychiat. 1984; 41: 959–967.

OedegaardO. The Incidence of Mental Diseases as Measured by Census Investigation Versus Admission Statistics. Psychiat. Quart. 26: 212–218, 1952.

Pichot P. Classifications nosologiques et evaluation en psychiatric biologique.// Manuel de psychiatric biologique, 1987, pp. 3–10.

Planansky K. Schizoidness in Twins. Acta genet, med. (Roma), 1966, 15, 154.

Razavi L. Cytogenetic and dermatoglyphic studies in sexual offenders, violent criminals and aggressively behaved Temporal lobe epileptics.// Genetic research in psychiatry, ed. by R. R. Fieve, D. Rosenthal, H. Brill. Proceedings if the 63 Ann. Meeting of the Amer. Psychopath. Ass., pp.75–94.

Rennie П. A. C., Srole L., Opler M. K., Langner Th. S. Urban Life and Mental Health. Amer. J. Psychiat. 1957 March, v. l 13, 9, pp. 831–837.

Schule H. Klinische psychiatric. Specielle pathologic und therapie der Geisteskrankheiten. Leipzig, 1886, 429.

Slater E. Psychotic and neurotic Illnesses in Twins. London 1953.

Srole L., Langner Th. S., Michael S. T., Kirkpatrick P., Opler U. K., Rennie Th. A. C. Mental Health in the Metropolis. The Midtown Manhattan Study. N. – J. Univ. press, 1978.

Stromgren E. Statistical and genetical population studies within psychiatry. Methods and principal results // Congres international de psychiatric (Paris), v.6, pp. 155–186, 1950.

Webster Th. G. Unique Aspects of Emotional Development in Mentally Retarded Children // Psychiatric Approaches to Mental Retardation. Ed. F. J. Menolascino. New-Jork-London 1970, pp. 3–54.

Zigler E. The Definition and Classification of Mental Retardation. Upsala J. Med. Sci. Suppl. 44: 9–18, 1987.

Психиатрические термины

Мы попытаемся дать здесь самое общее толкование психиатрических терминов и слов, употребляемых в психиатрии (и в нашей книге) в ином, чем в общем обиходе, значении. Мы заранее извиняемся перед профессионалами, которым такое упрощение может показаться профанацией предмета, но подобные потери неизбежны при всякой популяризации научных знаний. Этот лексикон предназначен для лиц, не имеющих психиатрического образования.

Аггравация – нарочитое или «неосознанное» преувеличение действительно имеющихся расстройств.

Аддитивные – дополнительные, привходящие.

Аспонтанность – бездействие, пассивность, обусловленные отсутствием или грубым снижением побуждений, желаний, воли и доходящие в крайнем своем выражении до полной

инертности и неподвижности.

Астения – состояние физической или психической слабости, выражающееся в повышенной утомляемости, полной или частичной утрате сил и трудоспособности, снижении активности и пр..

Аффинитет – сродство с тем или иным состоянием, внутреннее «тяготение» к нему.

Вялотекущее психическое заболевание – такое, проявления которого стерты, «редуцированы», но оно несомненно наличествует и, при скудости внешних симптомов, может привести к явным изменениям в психике и к достаточно тяжелым житейским последствиям.

Гебоидия – сложный синдром, свойственный «вялотекущей психопатоподобной шизофрении»: для него характерны появление ничем не мотивированной грубости, враждебности к окружающим, особенно – в семье к родителям, сексуальная расторможенность с «вызывающим», демонстративным нарушением правил общежития, «антисоциальность» с противоправными поступками.

Гиперакузия – повышенная чувствительность к шуму, непереносимость резких звуков.

Гипомания – смягченная мания, выражающаяся в повышенном настроении, предприимчивости, оживленности, говорливости и т. д., не достигающая степени большого психоза.

Гипотимия – состояние пониженного настроения, обычно длительное или даже постоянно свойственное данному человеку.

Дебильность – легкая степень врожденного малоумия, олигофрении.

Делирий – психоз, сопровождающийся наплывом галлюцинаций, особенно – зрительных, и дезориентировкой в месте и времени; наиболее известен алкогольный делирий, или белая горячка.

Депрессия – известный термин, перешедший в общий словарь и означающий в психиатрии, в типичном случае, сочетание тоски и двигательного и «идеаторного» (то есть умственного) торможения; характерны также общие «физические» жалобы и расстройства: утрата сна и аппетита, похудание (изредка, напротив, прибавка в весе) и др.

Диагностические опросники – наборы письменных вопросов, ответы на которые могут служить ориентиром в постановке диагноза, давать указания на наличие психической патологии.

Дисморфофобия – болезненная уверенность в наличии у себя физического дефекта, уродства, внешнего недостатка.

Диффузная параноидность – болезненное состояние, при котором окружающий мир воспринимается как угрожающий больному, оно может сопровождаться устрашающими иллюзиями или отдельными галлюцинациями.

Дрейф – состояние с ослаблением или утратой собственного побудительного начала в жизни, имеющее следствием пассивное подчинение обстоятельствам, чужой воле, «течению жизни» – даже если такое следование чуждо больному и тяготит его. Импульсивность – расстройство, проявляющееся в неожиданных, внешне ничем не мотивированных и неспровоцированных действиях, поступках, нападениях на окружающих и т. д..

Интравертированность, противоположна экстравертированности (см. далее).

Ипохондрия – болезненная сосредоточенность на своем здоровье, убежденность в несуществующих заболеваниях.

Кататония – большой психический синдром, состоящий из чередования ступора и возбуждения: первый характеризуется двигательными, речевыми, умственными «остановками», скованностью, обездвиживанием, «негативизмом», второе – импульсивностью, хаотичностью, стереотипиями в психических актах.

Конституирующие признаки – главные признаки того или иного явления, составляющие его сущность, без наличия которых оно сомнительно.

Континуум – непрерывный ряд-переход от одного явления к другому. Конфабуляции – патологические, обусловленные болезнью «воспоминания» того, чего не было в

действительности; они имеют для больного характер безусловной реальности.

Латентный признак – подспудный, дремлющий, находящийся в потенции, могущий выявиться в провоцирующих, способствующих тому обстоятельствах.

Личность – психиатрический термин, имеющий двойника в общем словаре, которому он неидентичен. Означает совокупность черт характера, жизненных «установок», «психическое лицо человека», где психиатра, естественно, интересует то, что непосредственно связано с болезнью или предрасположением к ней. Отсюда – двусмысленность понятия, которое и в общем лексиконе имеет довольно нечеткое содержание.

Логорея – болезненный, неудержимый, неуправляемый речевой напор и поток, монолог, лишенный внутренней последовательности и организации.

Малая психиатрия – наука о психопатиях, «неврозах», «психических реакциях» и т. д.: большие душевные болезни рассматриваются ею в их латентном, вялом, «непсихотическом» варианте.

Манифестация – проявление.

Мания – состояние во всем противоположное депрессии и характеризующееся двигательным и идеаторным возбуждением и повышенным настроением. Морбидный – болезненный.

Навязчивости – совершение «против воли» стереотипных, повторяющихся движений, умственных действий и иных психических актов: с настоятельной потребностью в их исполнении и тягостным внутренним самочувствием в случае «неповиновения».

Неврастения – состояние умственной и душевной утомленности, астении, физической и особенно – психической слабости.

Невроз, невротик – об истории и метаморфозе этого термина см. стр. Негативизм – болезненное, лишенное цели и мотивировки сопротивление и противодействие внешним побуждениям, являющееся частью кататонического синдрома.

Негативные симптомы – нажитые в результате болезни черты «снижения», «изъяна», разрушения психики – в отличие от «позитивных», представляющих собой «активную» психическую симптоматику: аффективную, бредовую, неврозоподобную и т. д.; принято считать, что последняя свидетельствует о продолжающемся течении процесса. Противопоставление это достаточно искусственно и схематично.

Оклики – галлюцинации слуха, при которых человека как бы зовут по имени.

Олигофрения – врожденное малоумие.

Параноид – психоз с бредом преследования и галлюцинациями.

Паранойя – бредовое состояние, обычно не сопровождающееся галлюцинациями, с разными темами бреда: любовным, ревности, преследования, изобретательским, религиозным и т. д..

Парафрения – психотическое состояние с фантастическим бредом, идеями величия, галлюцинациями или конфабуляциями.

Парциальное – частичное.

Патогномоничный симптом – встречающийся только при данном состоянии и достаточный для его диагностики.

Персекуторный бред – бред преследования.

Пограничная патология – соответствует предмету малой психиатрии (см. выше).

Позитивные симптомы – см. негативные.

«Почва» – понятие, отчасти примыкающее к психиатрической «личности», отличающееся от нее большим участием телесной, соматической конституции больного и предполагающее болезненность состояния: это измененный предшествующими заболеваниями или наследственным предрасположением психический и физический склад больного, способствующий развитию у него той или иной психической патологии.

Пресениум – инволюционный, предстарческий возраст.

Психастения – имеет два значения: 1) психопатический тип нерешительного, робкого,

неуверенного в себе человека, подверженного сомнениям и навязчивостям, и 2) синдром навязчивостей.

Психопатизация – приобретение, вследствие болезни, психопатических черт, которые могут быть различны в зависимости от характера заболевания и «типа психопатизации».

Пубертат – подростковый период полового созревания, часто «трудный» в психиатрическом отношении, чреватый проявлением дремлющей до того болезни.

Расторможение влечений – состояние, при котором ослабевает и снимается вовсе внутренний нравственный контроль и влечения, которые принято называть «низшими», удовлетворяются самым безудержным образом.

Редуцированный – стертый, «абортивный».

Резиньяция – состояние с пониженной самооценкой и отказом от прежних притязаний, установок, целей.

Резонерство – болезненное рассуждательство, «пустое» разглагольствование на те или иные общие темы, лишенное, в той или иной степени, внутренней организации речи, ее целенаправленности и целесообразности.

Ригидные личности – «консервативные», со стойким влечением к раз и навсегда установленным стереотипам поведения, привычкам, образу жизни и т. д. В быту для таких людей характерна приверженность общепринятым точкам зрения, взглядам и жизненным позициям – это социальные конформисты. Они близки по своим особенностям к ананкастам, которые более сухи, педантичны, формальны и однообразны. Та и другая характеропатия обнаруживает родство с аффектом тревоги и с навязчивостями.

Сверхценные идеи – идеи сами по себе понятные и отражающие реальность, но занимающие в психике непомерно большое место, овладевающие сознанием, целиком захватывающие воображение.

Сверхценный бред – сверхценные идеи, сопровождающиеся бредовым поведением.

Сениум – старость.

симптомы и синдромы: симптомы – единичные проявления болезни, её отдельные «черты», синдромы – совокупности симптомов, их закономерные сочетания

Стеничный – наделенный энергией, силой, активностью

повторяемые

Стереотипии – однообразно всякий раз одинаково, «шаблонно» повторяемые психические акты: поступки, движения, высказывания, утрированные привычки, обороты речи и т. д..

Субдепрессия – стертая депрессия.

Тимопатия – патология аффектов и настроения

Установка – некая прочная и длительная точка зрения, жизненная позиция, являющаяся для данного человека нравственным и идейным императивом и служащая ему руководством к действию.

Формальный – понятие близкое к общеупотребительному но в психиатрии оно, естественно, отличается большим вниманием к патологическому происхождению и аспекту этого явления.

Чудаки, чудаковатость – в психиатрии, в отличие от общего употребления, означает прежде всего «чудачества», обусловленные болезнью, ее стертыми проявлениями: это совокупность манерности, вычурности, парадоксальности, «инакости» в речах, мыслях и поступках.

Шперрунги – наблюдающиеся при шизофрении характерные остановки, перерывы, в ходе мыслей.

Экстравертированность – нацеленность, ориентированность психики на окружающее, ее открытость внешним впечатлениям, «жизнь нараспашку» – в отличие от интравертов, склонных «уходить с головой» в свой внутренний мир, «замыкаться в своей скорлупе», «жить в себе и собой» и т. д.

Немного латыни:

Ab ovo – с яйца, то есть с начала.

Alma mater – вторая мать: университет, ставший для студентов вторым домом.

Habitus – совокупность характерных и стойких внешних черт того или иного болезненного состояния, иногда достаточная для постановки диагноза.

In situ – на месте: говорится об изучении того или иного предмета или явления в его привычной обстановке, в естественном окружении.

Locus resistentiae minoris – наиболее уязвимый орган, который, как слабейший, в первую очередь поражается болезнью.

Morbus sacer – «священная болезнь», старое наименование эпилепсии.

Resp. – то есть, соответственно.

Наконец, два немецких слова:

Unlust – состояние с раздражительным, длительно или постоянно сниженным настроением и недовольством всем и всеми.

Verschroben – то же, что психиатрический «чудак» (см. выше).